



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA’LIM VAZIRLIGI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
INNOVATSION RIVOJLANISH VAZIRLIGI
ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

“TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI”

**MAVZUSIDAGI RESPUBLIKA YOSH OLIMLAR
VA IQTIDORLI TALABALARNING ONLAYN
ILMIY-AMALIY KONFERENSIYA**

MATERIALLARI

ANDIJON - 2021



“TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI”

**MAVZUSIDAGI RESPUBLIKA YOSH OLIMLAR
VA IQTIDORLI TALABALARNING ONLAYN
ILMIY-AMALIY KONFERENSIYA**

MATERIALLARI

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Bosh muharrir

M.M.Madazimov

**Bosh muharriri
o'rinbosarlari**

G.M.Xodjimatov

Sh.Ya.Bustanov

Muharrirlar

Z.S.Saloxiddinov

X.T.Musashayxov

G.N.Mamatxujayeva

Z.A.Qaxxarov

M.M.Qo'ziboyeva

M.R.Mamajonova

M.R.Axunova

M.U.Abduraxmonova

**Komyuter grafikasi
muharrirlari**

J.A.Jaxongirov

I.B.Bektashev

S.A.Abdurahmonov

A.D.Dilshodov

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

*Assalomu alaykum, aziz
hamkasblar, hurmatli konferensiya
ishtirokchilari!*

Avvalo bugungi ilmiy-amaliy konferensiya bir maqsad bilan – yosh olimlar iqtidorini aniqlash, ilmiy ishlarni ro'yobga chiqarish, ularni qo'llab-quvvatlash maqsadida tashkil qilinmoqda. Barchamizga ma'lumki, bugungi kunda yurtimizda ilm-fan taraqqiyoti va rivoji yo'lida juda katta amaliy va samarali ishlar



olib borilmoqda. Ayniqsa, tibbiyot sohasiga alohida e'tibor qaratilayotgani fikrimiz dalilidir. Fikrimizning to'g'riligini bugun tibbiyot sohasida olib borilayotgan keng islohotlar, yurtimizda tibbiyotni rivojlantirish yo'lidagi xayrli va amaliy ishlarda hamda sohaning tizimli ravishda yangi texnologiyalar bilan ta'minlanayotgani, etuk va malakali kadrlar etishib chiqayotgani, qolaversa, 2021 yilga “Aholi salomatligini mustahkamlash va yoshlarni qo'llab-quvvatlash yili” deb nom berilganidayoq ko'rishimiz mumkin desam, aslo mubolag'a bo'lmaydi.

Qadrli konferensiya ishtirokchilari! Shuni mamnuniyat bilan ayta olamanki, Andijon davlat tibbiyot instituti respublikamiz va xalqaro miqyosda o'z nufuziga ega bo'lgan oliy ta'lim muassasasi hisoblanadi. Institutimizda professor-o'qituvchilarimiz bilan bir qatorda talabalarimiz ham ilmiy izlanishlar olib bormoqda. Iqtidorli talabalarni qo'llab - quvvatlash, ijodiy va intellektual salohiyatini ro'yobga chiqarish maqsadida institutda “Iqtidorli talabalarning ilmiy- tadqiqot faoliyatini tashkil etish bo'limi” faoliyat olib bormoqda. Bugungi kunda institutimizda 185 nafar iqtidorli talabalarga ilmiy-tadqiqot ishlarini olib borish uchun ilmiy rahbarlar biriktirilib, ilmiy mavzular berilgan. Joriy yilda ular tomonidan xalqaro ilmiy jurnallarda, xalqaro konferensiyalarda, Respublika ilmiy jurnallarida maqola va tezislar chop etildi. Yosh olimlar, iqtidorli magistr va talabalar xalqaro va Respublika miqyosida o'tkazilgan onlayn anjumanlarda ishtirok etdilar. Xalqaro va Respublika tibbiyot institutlari tomonidan o'tkazilgan fan olimpiadalarida 200 dan ortiq talabalar ishtirok etib sovrinli o'rinlarni qo'lga kiritdilar. 2020 yil 21-22 fevrali kunlari Rossiya Federasiyasining Dog'iston davlat tibbiyot universitetida o'tkazilgan «Спаси и сохрани» nomli IV–Umumrossiya Olimpiadasida institutimizning 5 nafar iqtidorli talabalaridan tashkil topgan tarkibdagi jamoa ishtirok etib, 25 ta jamoa ichida faxrli 3-o'rinni egallab, diplom va sertifikat bilan taqdirlandilar. 2020 yilning 27 apreli kuni Andijon davlat tibbiyot institutida “Tibbiyotning dolzarb muammolari” mavzusida o'tkazilgan yosh olimlar va iqtidorli talabalarning onlayn ilmiy-amaliy videokonferensiyasida institutning 11 nafar yosh olim va iqtidorli talabalari o'z ma'ruzalari bilan ishtirok etib, 1 nafar talaba – 1 o'rin, 1 nafar talaba – 3 o'rin va 2 nafar talaba 2 ta nominasiya bo'yicha g'oliblikni qo'lga kiritdilar. 2020 yil 5-may kuni Toshkent tibbiyot akademiyasida tashkil etilgan "21-Asr tibbiyot ilmi, kelajakka nigoh" onlayn xalqaro videokonferensiyasida institutimiz talabasi 1 – darajali dilom bilan taqdirlandi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

2020 yilning avgust-oktyabri oylarida Pediatriya fakultetining 4-bosqich talabasi Abdurashidov Abdurauf Qozog'iston Respublikasi, Nur-Sultan shahrida o'tkazilan "Go-Viral 2020" xalqaro startaplar tanlovida ishtirok etib, 10 dan ortiq davlat startapchilarini ortda qoldirib, final bosqichida faxrli 2-o'rinni qo'lga kiritib, "INNOVATION G'OYALAR YETAKCHISI"-2020 ko'krak nishoni sohibi bo'ldi. Pediatriya fakultetining 6-bosqich talabasi Nazirov Dilmurodjon "Mehr saxovat" ko'krak nishoni bilan taqdirlandi. 2021 yil institutimiz davolash fakultetining 2 nafar 6-bosqich talabalari Bektashev Islomjon va Dilshodov Asilbek va 1 nafar 4-bosqich talabasi Boboev Muxammadayubxon Innovation rivojlanish vazirligi qoshidagi Yoshlar Akademiyasiga qabul qilindi.

Prezidentimizning topshiriqlariga asosan, Yoshlar ishlari agentligi, «Yoshlar-kelajagimiz» jamg'armasi hamda O'zbekiston Yoshlar tadbirkorligini qo'llab-quvvatlash markazi tomonidan «Unicorns» loyihasiga start berilgan edi. Ushbu loyiha doirasida iyuni-noyabri oylari davomida Andijon shahridagi «Raqamli shahar» da «Unicorns» loyihasining «Demo-day» yakuniy bosqichida saralab olingan 25 ta loyiha g'oliblik uchun kurashdilar. Ushbu loyihalar orasida institutning Tashxis.com va My.Dentist nomli 2 ta loyihalari ishtirok etib, g'oliblikni qo'lga kiritib 50 million so'mdan beg'araz grant yutib oldilar.

Bir so'z bilan aytganda, Andijon davlat tibbiyot institutida iqtidorli yoshlar juda ko'p, natijalarimiz ham yuqori. Ular orasida "Yosh akademik"lar, Zulfiya nomidagi davlat mukofoti sovrindorlari, "Yil talabasi" Respublika ko'rik tanlovi g'oliblari, olimpiada g'oliblari bor. Albatta, erishilayotgan muvaffaqiyatlarda professor-o'qituvchilarning hissasi yuqori deb bilaman. Shu o'rinda, bir narsani Siz azizlarga qarata aytmoqchiman, biz erishayotgan natijalarga mahliyo bo'lib qolmasligimiz kerak, yanada fidoiylilik bilan mehnat qilib, buyuk Boburmierzoga mos bo'lgan yosh avlodni tarbiyalab berishni har birimiz farzandlik burchi sifatida qabul qilishimiz kerak va shu yo'lda butun kuch-g'ayratimizni ayamasligimiz kerak. O'z maqsadimizga erishishimiz uchun yanada shijoat bilan mehnat qilish bizdan talab etiladi. Bu maqsad har bir hamkasbimiz uchun bajarishi shart va lozim bo'lgan asosiy ustuvor vazifa etib belgilanishi kerak.

Qadrli do'stlar! Bugun tashkil etilgan yosh olimlar ilmiy-amaliy konferensiyasida qabul qilinadigan tavsiyalar, qarorlar, takliflar kelgusida tibbiyotimizning rivoji uchun xizmat qilishiga ishonaman. Sizlarga sog'lik-salomatlik, kasbiy faoliyatingizda zafarlar, konferensiya ishiga esa omad tilayman.

ADTI rektori M.M.Madazimov

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

RELATIONSHIP OF MUTATION STATUS OF JAK 2, CALR, AND MPL GENES WITH PHENOTYPICAL FEATURES OF ESSENTIAL THROMBOCYTHEMIA

*Abakulova M., student of group 508 of the medical faculty,
Super visor: Akhmedova Kh.Yu. - Department of Hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Essential thrombocythemia (ET) is a myeloproliferative disease characterized by increased production of megakaryocytes in the bone marrow and thrombocytosis in the peripheral blood. A key link in the pathogenesis of ET is the uncontrolled activation of the cellular signaling pathway JAK-STAT, which is based on somatic point mutations in genes encoding tyrosine kinase (JAK2) and calreticulin protein (CALR), as well as the thrombopoietin receptor (MPL) gene. In recent years, the molecular picture of ET has been established, which predetermined the need for further study of the effect of these mutations on the course, the risk of complications and the prognosis of the disease.

Purpose of the study. To assess the prevalence of somatic driver mutations in patients with ET and to determine their relationship with the time of onset of the disease and some clinical and laboratory parameters.

Materials and research methods. An analysis of the case histories of 193 patients with ET observed in the AGMI clinic from 2015 to 2019 was carried out. The age of those examined at the onset of the disease ranged from 18 to 90 years (median 57 years), of which 65 (33.7%) were men and 128 (66.3%) were women, comparable in age.

Research results. The V617F mutation of the JAK2 gene was found in 130 (67.4%) people, the CALR gene mutations - in 35 (18.1%) patients, in 1 (0.5%) case, the W515L mutation of the MPL gene (MPL+) was detected. In 26 (13.5%) patients, no driver mutations were found. They were assigned to the surveyed with the so-called triple negative status (TN+). The mutational status of the CALR gene consisted of like mutations p. L367fs * 46 (52 bp deletion — type 1) and p. K385fs * 47 (5 bp insertion — type 2). Type 1 / like and 2 / like mutations were found in 18 (51.4%) and 17 (48.6%) patients, respectively.

Output. The frequency of detection of driver mutations in patients with ET is consistent with the results of global and Russian studies. The association of the V617F mutation of the JAK2 gene with the onset of the disease in old age and a higher hemoglobin level than in carriers of other driver mutations was confirmed.

Patients with mutations in the type 2 / like CALR gene had the highest platelet count compared to all study groups. A statistically significant difference in the age of the disease onset and the platelet count, depending on the type of identified CALR gene mutation, was established.

ANALYSIS AND PREVENTION OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF PHYSICAL VERSATILITY IN PREGNANT WOMEN

*Abdukaxarova S.K., Asrankulova D.B.
Department of Obstetrics and Gynecology №1
Andijan State Medical Institute,*

Relevance. Multimorbidity is increasingly becoming the norm, especially in pregnant women, and presents huge problems for patients and their doctors.

Quality and outcome frameworks and commitment to evidence-based practice, chronic disease care models have focused on specific diseases or conditions.

Recommendations for individual conditions may not apply to a person with more than one of these conditions, and aggressive treatment of multiple conditions can do more harm than good.

For women with multimorbidity, attention needs to be paid to individualized care and tailored to the needs and priorities of each pregnant woman.

As the population ages, multimorbidity is becoming the norm rather than the exception.

Around the world, studies show that multimorbidity increases with age and with socioeconomic deprivation.

Purpose of the study. To identify the prevalence of diseases among pregnant patients.

Materials and research methods. We examined 65 patients who were on examination and inpatient treatment in the therapeutic departments of the AGMI clinic in pregnant women with multimorbid diseases.

Research results. In recent years, there has been an increase in the number of pregnant women with type II diabetes in the population due to the fact that the disease has become "younger", and the average age of pregnancy is "older."

The prevalence of all forms of diabetes mellitus (DM) among pregnant women reaches 3.5%, type 1 and 2 diabetes mellitus - 0.5%, gestational diabetes, or pregnancy diabetes - 1–3%. Diabetes mellitus complicates the course of both pregnancy and childbirth, and the postpartum period. Compared to healthy women, pregnant women with type II diabetes are more likely to have preeclampsia (60–70%), polyhydramnios, placental insufficiency, urinary tract infections, and pelvic inflammatory disease.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

In the course of our clinical and experimental studies, it has been shown that in the first weeks of pregnancy, hyperglycemia and associated metabolic disorders affect the development of such perinatal complications as spontaneous abortion (35–70%), early delivery (25–60%), diabetic fetopathy (44–83%), intrauterine hypoxia (37–76%), neonatal hypoglycemia (29%), respiratory distress syndrome.

Output. The possibility of successful management of a pregnant woman with multimorbidity has been demonstrated. This became possible due to the interdisciplinary interaction of several specialists: cardiologist, obstetrician-gynecologist, endocrinologist, rheumatologist.

PREVENTION OF IRON DEFICIENCY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN NORMAL AND PATHOLOGY

Abdukodirova Z.B., student of group 101 of pediatric faculty

*Supervisor: Ashuralieva M.A.-Department of Propedeutics of Children Disease and Out patient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Iron deficiency (ID) is one of the most common nutritional-dependent conditions in the world, which, according to WHO, affects more than 1.5 billion people. In about half of cases (more than 700 million of the world's population), ID occurs in the form of iron deficiency anemia (IDA). In most cases, ID is due to alimentary reasons, but age and socio-economic factors are also of no small importance in its occurrence.

In the pediatric population, the groups at high risk for the development of ID are children in the first 3 years of life and adolescents, which is facilitated by several reasons and, first of all, an increased body need for iron during periods of intensive growth. Nevertheless, iron deficiency states (IDS) do not develop in everyone, but only in those cases when several adverse factors simultaneously affect the child's body.

Purpose of the study. In connection with the above, the purpose of this work was to establish the age-related characteristics of iron metabolism and the state of hematopoietic factors in health and disease, including the antenatal period, and to improve laboratory and clinical diagnostics of its disorders in order to substantiate methods of effective treatment and develop optimal schemes for the prevention of IDS. at the present stage.

Materials and methods of research. A large clinical material was used to study the parameters of iron metabolism in more than 105 children and adolescents.

Results of the study. The regularities of the formation of iron metabolism in early human ontogenesis, associated with the gestational age (GA) of the fetus, were established. This is evidenced by a significant correlation between HS and the content of iron ($r = 0.9398$, $p < 0.001$), alkaline ferritin ($r = 0.9597$, $p < 0.001$), soluble transferrin receptor ($r = 0.9293$, $p < 0.001$), hepcidin ($r = 0.8183$, $p < 0.001$), erythropoietin ($r = 0.8889$, $p < 0.0001$), erythrocyte ferritin ($r = 0.9297$, $p < 0.001$). The participation of the main iron-containing and iron-regulatory proteins in maintaining a high activity of proliferative and plastic processes is confirmed by a close highly reliable correlation between the content of iron and alkaline ferritin ($r = -0.894$, $p < 0.0001$), alkaline ferritin and soluble transferrin receptor ($r = 0.8399$, $p < 0.0001$), alkaline ferritin and erythropoietin ($r = 0.9193$, $p < 0.0001$), iron and hepcidin ($r = 0.8897$, $p < 0.001$), erythrocyte ferritin and erythropoietin ($r = 0.9067$, $p < 0.0001$), which allows the use of indicators of levels of alkaline ferritin (ALP), soluble transferrin receptor (rTfR) and hepcidin as important prognostic markers of intrauterine fetal development disorders, and the values of erythropoietin (EPO) and erythrocyte ferritin (FE) - to assess the degree of hypoxia.

It was found that the highest pro-inflammatory pattern of cytokines (IL-6 and TNF- α) is characteristic only for early embryogenesis (before the formation of the placenta). Further dynamics of their content throughout the intrauterine development of the fetus reflects a delicate and clear balance of proliferation, alteration and apoptosis processes in early human ontogenesis, as indicated by a reliable direct correlation between the content of TNF- α and alkaline phosphatase ($r = 0.9197$, $p = 0.00001$), TNF- α and rTfR ($r = 0.8789$, $p < 0.0001$).

Insufficient production of both pro-inflammatory (TNF- α and IL-6) and anti-inflammatory cytokines (IL-2, IL-8, IL-10) was revealed in infectious and inflammatory diseases (IVD) of the fetus, indicating the limited ability of fetuses at the age of 19 -28 weeks of gestation to the expression of cytokines, the formation of the immune response and systemic inflammatory response.

Conclusion. Thus, ID in young children can be easily prevented. To do this, it is necessary to "revise" the diet of the child and / or nursing mother, help in choosing an adapted formula and complementary foods, completely exclude whole milk from the diet of children in the first year of life, reduce the amount of kefir consumed to 200-300 ml. Children from high-risk groups need to prevent IDA with effective and safe AF during the first year of life, which can significantly reduce the incidence of IDA and its adverse consequences.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

CLINICAL VARIANTS OF RESPIRATORY DISORDERS IN NEWBORNS, METHODS OF THEIR TREATMENT AND PREVENTION

*Abdukodirova Z.B., student of group 101 of pediatric faculty,
Supervisor: Ashuralieva M.A. - Department of Propedeutics of Children Disease and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Among the problems of perinatology, one of the first places is occupied by premature birth, which underlies the high rates of morbidity and neonatal mortality not only in our country, but also abroad.

Over the past 10 years in the United States, the incidence of preterm birth has increased from 10 to 11.5%, due to the increase in the number of multiple pregnancies after in vitro fertilization and other methods of stimulating ovulation. In Germany, 7-10% of all newborns are premature babies.

Premature babies account for up to 70% of early neonatal mortality and 65-75% of child mortality. Respiratory disorders develop predominantly in premature babies.

Purpose of the study. Improving the results of treatment of premature infants with RDS by identifying developmental mechanisms, substantiating the development of methods for early diagnosis, treatment and prevention of the disease.

Materials and methods of research. To fulfill the objectives of the research, two samples of newborns were formed. Term patients (n = 127) are represented by subgroups of healthy children without respiratory disorders - "control 1" (n = 100) and patients with pneumonia - "patients 1" (n = 27). The group of premature patients (n = 81) is represented by premature patients without respiratory disorders - "control 2" (n ~ 27) and patients with respiratory distress syndrome of the newborn - "patients 2" (n = 54).

Research results. As a result of the conducted research, the following facts were established. From clinical indicators, asphyxia is an essential factor for the development of pneumonia in term infants. An Apgar score of up to 7 points at the 5th minute of life had a statistically significant difference (24% in control 1 versus 97% in patients 1, p = 0.001) and was a risk factor for pneumonia: OR = 82.33; 95% CI 11.82 -1685.03.

Note that birth asphyxia is the most important predictor of pneumonia. Gestational age in the subgroup of patients with pneumonia tends to decrease to 37-38 weeks. The age interval of mothers in patients with pneumonia is characterized by such extreme points as 16 years old and over 36 years old. The latter confirms the influence of the biological age of the mother on the development of diseases in newborns. Birth weight as a criterion for the health of a child also confirmed its significance for the prognosis, since it can be seen that this parameter in newborns with pneumonia is at the extreme border of the norm for full-term infants (in the range of 2353-2594). A long dry period (more than 24 hours) is also a risk factor for pneumonia. The need for respiratory therapy immediately after birth, associated with asphyxiation, leads to a secondary deficiency of surfactant and lung damage. Therefore, it logically serves as a prognostic sign of the development of pneumonia in newborns.

Conclusions. Risk factors for pneumonia in term infants are: gestosis, chronic placental insufficiency, placental abruption, operative delivery in the mother, male sex, asphyxia at birth. Risk factors for respiratory distress syndrome in premature infants are: chronic placental insufficiency, acute inflammatory diseases of the mother during this pregnancy.

The allele C of the polymorphic locus 15800T of the 4th exon of the BTT gene and the allele in the polymorphic locus 252A> 0 of the LTA gene are risk factors for the development of respiratory distress syndrome in newborns.

Computational prediction of the risk of developing pneumonia and respiratory distress syndrome in newborns using prognostic tables is possible. Polymorphic variants of the I-III gene are associated with the development of infectious complications (sepsis) in newborns.

EVALUATION OF CLINICAL AND STATISTICAL INDICATORS OF EARLY AND LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF LONG-TERM NON-HEALING PURULENT WOUNDS OF SOFT TISSUES

*Abdullajanov B.R., Yusupov J.K.
Andijan state medical institute*

Purpose of the study. To assess the clinical and statistical indicators of treatment outcomes for long-term non-healing purulent wounds.

Material and research methods. The study was based on 132 patients with soft tissue LNPW treated in the clinic of the Andijan state medical institute in 2016-2020. In all patients, purulent wounds were formed at least 14 days before admission, and the average duration of the presence of a wound was 22.6±1.9 days. All patients were divided into three groups, according to the method of treatment of LNPW. Two comparison groups were formed. The 1st comparison group - 54 patients in whom the analysis of the results for the comparative study was carried out retrospectively. Treatment of LNPW in this group was carried out according to the traditional method. The main group included 38 patients in whom the treatment of LNPW was carried out according to the proposed method. The

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

domestic drug "FarGALS" was used as an antiseptic and wound-healing agent, as well as a photosensitizer for PDT. We used the Matrix laser apparatus as a radiation source for PDT. It uses a semiconductor emitter with a radiation power of 3 mW, spectrum - 337nm. Radiation is pulsed with a frequency of 100 Hz. The 2nd comparison group included 40 patients. For an objective picture in assessing the results, in this group, patients were treated only with the use of the drug "FarGALS". The age of the patients included in the study ranged from 25 to 75 years. Most of the patients corresponded to the age group from 45 to 60 years.

As a summary of the results of the treatment of patients with long-term non-healing soft tissue wounds, we analyzed in a comparative aspect such indicators as the duration of the course of treatment, long-term outcomes of therapy (complete and incomplete wound repair, relapse), the incidence of favorable and unfavorable outcomes of the disease and their ratio, and the ratio of the increase in benefit and risk reduction of treatment at 4 weeks of observation.

Results. The average duration of treatment in the main group of patients was 20.8 ± 1.5 days, of which the hospital period was 10.5 ± 0.6 days, and the post-hospital period was 10.4 ± 1.1 days. In the 2nd comparison group, the total duration of treatment of patients was longer (28.2 ± 2.4 days), the difference with the main group was statistically significant ($t=2.59$; $p<0.01$). Moreover, in the 1st comparison group, even worse results were obtained: the total duration of treatment was 37.7 ± 2.5 days, the hospital period was 15.8 ± 0.9 and the post-hospital period was 21.9 ± 2.1 days, with the following indicators of the reliability of the difference: from the 2nd group - $t=2.77$; $p<0.001$, and from the main group - $t=5.78$; $p<0.001$. In the long term (4 weeks) of the study, in the main group of patients, in 84.2% (32 out of 38) cases, complete wound repair was observed, in 15.8% (6 out of 38), incomplete epithelization was noted. Further observations showed that within 8 weeks, complete wound repair was achieved in 97.4% of cases, which was more than in the comparison groups, where this indicator was achieved only in 87.5% of cases in the 2nd group and in 83.3% in the 1st group, only at 12 weeks.

Relapses of the disease were noted in 1 cases in the main group, 5.0% and 7.4% in the 2nd and 1st groups, respectively.

When studying the ratio of the incidence of favorable and unfavorable treatment outcomes and the disease, the following results were obtained: 4 weeks after the start of treatment, a favorable outcome was noted in 84.2% (32 of 38) cases in the main group, which was statistically more than in the 1st group (against 62.5%; $\chi^2=4.669$; $df=1$; $p=0.031$) and in the 2nd group (against 40.7%; $\chi^2=17.385$; $df=1$; $p<0.001$). In the period after 12 weeks, this indicator was 97.4% in the main group, 87.5% in the 2nd group and 83.3% in the 1st group ($\chi^2=4.535$; $df=1$; $p=0.034$).

Based on the results of the study, the calculated contingency coefficient was 0.97 for favorable and 0.3 for unfavorable clinical outcomes in the main group after 12 weeks, while in the comparison groups it was lower and amounted to 0.88 to 0.13 and 0.83 to 0.17 in the 2nd and 1st groups, respectively.

With the ratio of the results of the main group and the 1st comparison group, the increase in the relative benefit was 100%, the increase in the absolute benefit was 43.5%, the decrease in the relative risk was -73.4% and the decrease in the absolute risk was -43.5%. These indicators were comparable lower when comparing the main and the 2nd comparison group, which indicates a higher relative efficiency of the treatment used in this comparison group (local monotherapy).

Conclusions. Clinical and statistical indicators for evaluating the outcomes of treatment of non-healing purulent wounds showed a high efficiency of the proposed method, as evidenced by an increase in the proportion of a favorable result by the 4th week of observation from 40.7% to 84.2% ($\chi^2=17.385$; $df=1$; $p<0.001$), in terms of up to 8 weeks, the indicated indicator was 81.5% versus 97.4%, respectively ($\chi^2=5.348$; $df=1$; $p=0.021$), the absence of a significant difference in the structure of treatment outcomes and the frequency of pathology relapses was obtained only in the period by 12 weeks (83.3% and 97.4%), while in the periods under consideration, a significant increase in the indicators of relative and absolute benefits was obtained with a corresponding decrease in the relative and absolute values of the risk of treatment.

PECULIARITIES OF STRUCTURAL ATRIAL REMODELING IN AFILIATED ARRHYTHMIA

*Completed by: Abdullaev K.A., student of group 423 of the medical faculty,
Scientific adviser: Ismailov I.I., Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Atrial fibrillation, or atrial fibrillation (AF), was identified as a separate form of cardiac arrhythmias in the first quarter of the 20th century. In a number of experimental and clinical studies with this rhythm disturbance, chaotic electrical activity of the atria and a violation of their mechanical function have been demonstrated.

The accumulation of experimental and clinical data on MA has led to the creation of various directions in the antiarrhythmic treatment of this category of patients. To date, antiarrhythmic pharmacotherapy is the main treatment for MA.

Purpose of the study. To study structural changes in the atrial myocardium using MRI with delayed contrast and the levels of laboratory markers of fibrosis in patients with atrial fibrillation.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Material and research methods. Characteristics of the persons included in the study. A total of 101 people were included in the study. All persons included in the study underwent a clinical and instrumental examination, which included mandatory general and biochemical blood tests, general urine analysis, determination of thyroid-stimulating hormone and tetraiodothyronine levels, ECG in standard leads, Holter ECG monitoring (HM ECG), measurement of blood pressure (BP), stress test and echocardiography.

Research results. Patients with paroxysmal and persistent forms of atrial fibrillation are characterized by pronounced focal (up to 70%) and diffuse fibrosis of the left atrial myocardium. The maximum manifestations of focal and diffuse myocardial fibrosis of the left atrium are found in patients with atrial fibrillation, suffering from frequent attacks with a long history of arrhythmia, as well as in patients with atrial fibrillation in combination with hypertension.

The most pronounced impaired contractility of the left and right atria (EF 44.5%, EF 39.2%) and their least elasticity (fraction of passive atrial ejection less than 50%) are determined in patients with atrial fibrillation, which fundamentally distinguishes them from hypertensive patients without atrial fibrillation and healthy volunteers.

Left atrial fibrosis is not a symptom specific to patients with atrial fibrillation. In 72% of cases, it occurs in hypertensive patients without atrial fibrillation, and in 43.5% of cases in healthy older volunteers (50 ± 8 years).

Myocardial fibrosis of the left atrium in healthy volunteers is characterized by low severity (on average, up to 3.5% of the volume of the myocardium) and

predominant localization in the region of the posterior wall of the left atrium, adjacent to the mitral valve annulus.

The complex characteristic of the atrial "phenotype" in patients with atrial fibrillation includes the determination of such parameters as ejection fractions of both atria, the severity of focal fibrosis of the left atrial myocardium according to MRI with delayed contrast and the ratio of serum concentrations of type 1 matrix metalloproteinase and tissue inhibitor of metalloproteinase 1 type.

Conclusions. The original LGE HEART Analyzer software has been introduced into practice, which makes it possible to obtain quantitative and spatial characteristics of fibrotic changes in the atrial myocardium.

The LGE HEART Analyzer software can be used to determine the severity of structural changes in the atria in patients with MA during conservative therapy, as well as to assess the LA damage caused by the catheter ablation procedure.

A diagnostic criterion "MA+" has been developed and introduced, which makes it possible to comprehensively characterize the "phenotypic" features of atria in AF based on the determination of the severity of LA fibrosis, LP and PP ejection fractions and the ratio of MMP-1 to TIMP-1 blood concentrations. In addition, the calculation of this criterion potentially allows, with high sensitivity and specificity, to assume the presence of MA in individuals who do not have confirmation of this arrhythmia on the ECG.

SOME BIOCHEMICAL PROTECTIVE MECHANISMS IN THE PROCESS OF DEVELOPMENT AND TREATMENT OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA

Abdulkhamidova S. - student of group 420 of medical faculty

Supervisor: Mirzaakhmedova I.Z. - Department of hospital therapy and endocrinology

Andijan State Medical Institute

Introduction. Acute myeloid leukemia (AML) is characterized by impaired proliferation, maturation and functioning of polymorphonuclear leukocytes, which may be accompanied by the development of chronic inflammatory processes that contribute to the overproduction of free radicals and the weakening of the body's defense systems. The latter include, first of all, the immune and oxidative-antioxidant systems (OS-AOS). Protection against free radicals is a multi-level biooxidant system that includes various enzymes, non-enzymatic proteins, and low molecular weight compounds. An imbalance in the functioning of OS-AOS leads to damage to cell membranes and the structure of proteins, especially glycosylated ones, as well as nucleic acids and carbohydrates. The importance of OS-AOS balance in AML patients, including in the process of high-dose chemotherapy, remains poorly understood to date.

Purpose of the study. To study the dynamics of OS-AOS indicators in AML patients during high-dose chemotherapy in order to assess the possibility of using the studied parameters to predict the effectiveness of the treatment regimens used.

Materials and research methods. The study investigated the state of OS-AOS in AML patients during treatment at the following 4 points: before treatment, after treatment, in the stage of deep cytopenia and after leaving it. A total of 39 patients with AML (17 men and 22 women, mean age 50 years) were examined. The control group consisted of 50 healthy individuals.

Research results. In AML patients, an OS-AOS imbalance is observed: deviations from the norm in most cases of MDA content are insignificant before treatment and are most noticeable in a state of deep cytopenia. The best recovery of most parameters (except for NTG) occurs in AML patients when using VDHT and autoHSCT in the treatment - the OS-AOS indicators when exiting cytopenia approach those in the norm, although complete

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

recovery is not observed. A significant (by 40–70%) decrease in the content of erythrocyte NTG was characteristic of almost all examined patients before, during and after the end of treatment.

Conclusions. The results obtained in this work indicate an imbalance in OS-AOS in AML patients. The used methods of AML treatment did not affect the content of NTG. Since 90% of NTG is glutathione, this indicates a deep depletion of this antioxidant of the primary line of defense against SR. Taking into account the participation of glutathione in many biochemical reactions (reduction of iron from trivalent to bivalent form, the ability to bind copper ions, detoxification of peroxide and transport of amino acids through the membrane), attention should be paid to the content of NTG when selecting and evaluating treatment methods for AML, namely, it is necessary to search for stabilization of this indicator.

FEATURES OF THE RESPIRATORY SYSTEM IN SCHOOL AGE CHILDREN

Abduraximov Sherzod, student of the group 614 of pediatric faculty

*Supervisor: Yunusov D.M. -Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The respiratory system ensures the normal functioning of a person. It is the respiratory organs that play a special role in providing the body with oxygen to maintain the appropriate level of redox processes and acid-base balance. As a rule, if one section of the respiratory system is affected, the function of the entire system is also disrupted. This system includes the respiratory muscles. As a result, ventilation of the lungs worsens and, to one degree or another, the entire gas exchange system is disrupted. These pathological changes adversely affect the functional capabilities of the whole organism.

The intercostal muscles, diaphragm, abdominal muscles and other muscles are involved in the act of breathing. It is known that the deformity of the spine, which is accompanied by changes in the topography of the spinal canal, spinal cord and its membranes, leads to tension of the spinal roots, their compression by edematous tissues and their infringement in the intervertebral foramen. This, in turn, leads to disruption of the normal innervation of internal organs and somatic muscles, which provide respiratory function. There is a decrease in the volume of the chest cavity, the mobility of the ribs and diaphragm is limited, the intercostal muscles are weakened, and the intrathoracic pressure increases. As a result of these changes, schoolchildren develop restrictive external respiration failure.

Purpose of the study. To determine the features of the functional development of the respiratory system in modern children and adolescents of school age.

Materials and research methods. The functional state of the respiratory system was assessed in 400 pupils of grades 1-10 using spirometry.

Research results. From the 1st to the 10th grade, a significant increase in the average indicators of airway patency was revealed: peak volumetric velocity (PIC) - by 1.5 times, forced expiratory volume (FEV1) - by 2.1, instantaneous volumetric velocity at the moment of expiration (MOS 25-75) - in 1.4-1.9, average volumetric expiratory flow rate (SOS25-75) - in 1.6. At the same time, from the 1st to the 10th grade, there was an increase in the proportion of students with a lag in the development of small bronchi and bronchioles from the physiological growth rates, which was confirmed by an increase from 3.3% among students of the 1st grade to 18.2% among 10th grade pupils with a significantly reduced MOS25–75, as well as an increase from 6.6 to 9.1%, respectively, with a reduced MOS75.

Against the background of the lagging physiological development of small bronchi, the dynamics of the lag in the development of large and medium bronchi was observed, which was confirmed by a decrease in the proportion of the number of students with POS from 56.8 to 15.2%, MOS25 from 63.4 to 15.2%, MOS50 from 90 up to 57.6% corresponding to physiological norms.

Conclusion. Thus, it has been shown that the development of the respiratory system in modern school-age children is characterized by a lag in the development of the bronchial tree.

RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF PNEUMONIA IN OVERWEIGHT AND OBESE CHILDREN

Abrorova Barno Tokhir kizi – master student

*Scientific adviser: Alieva N.R. - head of department of Hospital Pediatrics No.1
with the basics of alternative medicine
Tashkent Pediatric Medical Institute*

Actuality. Pneumonia is an important cause of morbidity, mortality and cost of treatment worldwide. Over the past decade, the number of hospitalizations for pneumonia has increased by 20-50% in Western Europe. It is known that with overweight and obesity, pneumonia is more severe. Overweight is the most common metabolic disorder, with severe lipid disorders. Adipose tissue produces a number of biologically active substances, such as IL-1, IL-6, tumor factor α and others, the action of which can negatively affect the function of the respiratory system

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

[1,2]. In turn, CRP is produced in the liver when stimulated by IL-1, IL-6. In this connection, the study of markers of inflammation in relation to the degree of obesity in pneumonia is relevant.

Purpose of the study. Study of markers of inflammation in pneumonia in overweight and obese children.

Materials and research methods. The study included 62 children from 8 months of age to 5 years old with pneumonia, the average age of children was 2.4 ± 0.6 years. The control group consisted of 12 children with pneumonia without obesity and without overweight. The diagnosis of pneumonia was made in the presence of the following signs: acute onset of the disease with the onset of fever; complaints of an unproductive, productive (not dry) cough; shortness of breath (RR is higher than the age norm) and / or with the appearance of pain in the chest with a deep breath (complaint in older children); local changes in physical data over the pulmonary fields, the appearance of pain in the chest when breathing, symptoms of intoxication (decreased or loss of appetite, increased fatigue and sweating). Physical data included: shortening (dullness) of percussion tone over the affected area of the lung, locally auscultated bronchial breathing; focus of sonorous small bubbling rales or crepitus; increased bronchophonia and voice tremor. On x-ray examination, infiltration on a chest x-ray. Laboratory data included a complete blood count, biochemical studies, and markers of inflammation: CRP, interleukin 6.

Results of the study. Normal weight-for-height index was observed in 65.6% of children, overweight was 22.2% and 12% of children were obese. Clinical characteristics showed that as the body weight of children increased, severe symptoms of pneumonia were noted. Laboratory characteristics revealed that among children with overweight and obesity, the degree of leukocytosis and erythrocyte sedimentation rate were 1.2 and 1.5 times higher, respectively, compared with children with a normal mass-growth index.

The study revealed correlations between the degree of BMI and IL-6 and CRP. It was found that in the overweight and obese group they significantly positively correlated with CRP and IL-6 indicators ($r = + 0.037$ and $r = + 0.062$, respectively). With an increase in the degree of body mass index, an aggravation of the severity of the course of pneumonia was observed. LDL and VLDL values showed positive correlations with CRP and IL-6 ($r = + 0.026$ and $r = + 0.022$, respectively), HDL negatively correlated with CRP and IL-6 ($r = -0.027$ and $r = -0.032$, respectively).

Conclusions. The present study has shown that overweight and obesity aggravate the course of the infectious process, and that positive correlations between CRP and IL-6 are noted with an increase in BMI and atherogenic lipoproteins.

RESULTS OF EXPERT ASSESSMENT OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH HEMOBLASTOSIS IN THE CONDITIONS OF A SPECIALIZED HOSPITAL

*Akbarova M., student of group 342 of the medical faculty,
Supervisor: Delkasheva Sh.D. - Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute*

Introduction. The results of the expert assessment are the basis for the development of measures to improve the IQM and the analysis of the effectiveness of previously adopted management decisions.

The aim of the study was to analyze the quality of medical care (MP) for patients with hematological malignancies in a hematological hospital according to expert assessments.

Materials and methods. The study was carried out at the AGMI clinic. In the structure of diagnoses, the largest part was chronic lymphocytic leukemia (24.1%), multiple myeloma (23.2%), acute leukemias (21.5%), non-Hodgkin's lymphomas (17.6%), the share of myelodysplastic syndromes was lower (5, 6%), chronic myeloid leukemia (6.5%), primary myelofibrosis (1.9%). Men accounted for 43.5%, women - 56.6%. Concomitant pathology was present in the majority (80.6%) of patients, complications - in more than half (51.8%).

Research results. Defects in the provision of MP were identified in 52.6%. When assessing the quality of anamnesis collection, the average score was 0.46 ± 0.03 . At the same time, it significantly differed in the compared GO, amounting to: in GO 1— 0.19 ± 0.04 ; in GO 2— 0.5 ± 0.04 ; in FUS — 0.71 ± 0.05 . The average score was higher when assessing the quality of physical (0.83 ± 0.02) and laboratory instrumental (0.76 ± 0.02) examinations.

In the absence of concomitant pathology, it was higher (0.9) than in the presence of it (0.71). The quality of diagnostics of the underlying disease (0.88 ± 0.03) was highly assessed, and the diagnosis of complications and concomitant diseases was lower (0.59 ± 0.03). The highest was the average score for the assessment of anticancer therapy (0.95 ± 0.06), the lower was the accompanying and symptomatic treatment (0.77 ± 0.03). The average score for assessing patient management tactics in terms of the possibility of providing effective MP at subsequent stages was 0.57 ± 0.02 , and in terms of the use of health care resources, 0.63 ± 0.02 (indicators characterizing continuity).

The average score for the quality of medical records was low: 0.49 ± 0.03 . The main defects of the treatment and diagnostic process have been identified: succession errors (detection rate 88.8%); defects in the collection of anamnesis (77.8%); errors in the diagnosis of concomitant diseases and underestimation of the presence of these diseases in the planning and implementation of program therapy (73.5%); incompleteness of accompanying therapy (45.9%); shortcomings in the maintenance of medical records (92.6%). The revealed defects of the MP had a negative impact on the condition of patients in 12.0% of cases, and led to the irrational use of health care resources in 74.8%. System errors accounted for 40.7% of the causes of defects in the treatment and diagnostic process.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Conclusions. The analysis showed that there are defects in the provision of inpatient hematological care, which have real negative consequences for the patient's condition. Moreover, in 40.7% of cases, these defects are of a systemic nature (that is, they will be reproduced in the future), which requires the adoption of systemic organizational and managerial decisions.

SOME CLINICAL AND ROENTGENOLOGICAL SYMPTOMS OF CHANGES IN THE LUNGS OF EARLY AGE CHILDREN BEING INFECTED IN HOSPITAL

*Aliev A.L., Abdullayev D.B., Nurjavova A.Y.
Tashkent Pediatric Medical Institute
Andijan State Medical Institute*

Urgency of a problem. Diagnostics hospital pneumonia (HP) on initial clinical phases, the development of adequate diagnostic approaches are issues that pediatrics face.

Purpose: X-ray-morphological changes in the lungs at the HP level in young children.

Materials and methods. Clinical roentgenological picture of HP (main group) in 30 children of yearly age and 21 children with "home" pneumonia (control group) was examined. HP refers to those cases where the patient at the time of admission, does not show clinical and radiological symptoms, but develop only after 3 days of hospitalization or during the first 3 days of the period after being discharged from hospital. The age composition of children with HP was as follows: up to 6 months-34,4% to 53,1% a year, from 1 to 2 years-23,5%. Among children with a control group of "home" with pneumonia, only 21,5% were aged under 1 year, the remaining 78,5% - were over 1 year.

Results. Most of the core group of children hospitalized with acute respiratory viral infection, 5,8% with allergic, 12% from nephrological, 8% to 2% of surgical and other medical conditions. Background of the disease were observed in almost 100% of children with HP. Thus, 20% of children rickets, malnutrition in 40,5% grade 1-2, 20%-anemia, infection-nutritional etiology, 19,4% of encephalopathy.etc were diagnosed. According to our observations, symptoms for HP were: prolonged fever and toxemia of more than 5 days, which was observed in 24,7% in the control of 21% and local wheezing more than 10 days, from 30,2% (control, 17%), destructionlung tissue. Patients in severe violation of tracheobronchial clearance after intratracheal interventions for 3-5 days revealed extensive infiltrative shadows in the lungs, the volume and intensity over time, despite of active antibiotic therapy, it grew, and took aggressive pneumonia with progressive severe respiratory failure. When X-ray bilateral pneumonic infiltrates were detected in 31,3 and 4,8% of patients compared, respectively. Complete clinical and radiological resolution process prior to discharge was noted in 54,5% and 90,2%, respectively, the main and control group is 2,5 times more likely (17%) than in the control group (from 5,4%). Roentgenomorphologic picture of the patients in both groups was characterized by the presence of emphysema (wide intercostal space, the low standing diaphragm, increased transparency of the lung fields), increased basal and lung pattern (due to congestion and infiltration of the peribronchial and perivascular tissue) irregular focal lesions of one or more segments in the form of shadows from the contours of the front, usually ranging in the back and less in the anterior parts. The roots of the lungs with segmental lesions had clear contours, when polisegmentary-blurred. However, in some cases, the observed expansion of vascular bundle, smoothness, increasing the boundaries of the left ventricle.

Conclusion. Thus, the HP occurs predominantly in children 1 year of age with a history of premorbid background and is characterized by persistency, severity. Radiographic manifestations of HP is characterized primarily by bilateral focal and infiltrative processes of drainage, the frequency of which is several times higher than similar manifestations in children with community-acquired disease variants (56,2 and 8,2% respectively. Select starting antibiotic should take into account the child's age, clinical and radiographic features, as well as the conditions and location of the disease: at home (community-acquired, "home" pneumonia), or in a hospital as a result of superinfection nosocomial pneumonia).

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATE OF NEWBORNS WITH PERINATAL INFECTIONS

*Anvarjonov Sh.O. - student of the group 218 of Therapeutic faculty
Supervisor: Kasimova G.Z. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The method of ultrasound diagnostics (UZD) is accessible, highly informative, allows for an echographic assessment of the structural pathology of the fetus, placenta, amnion, and also to determine the degree of hemodynamic disorders of the feto-placental complex in pregnant women with a high infectious index. Allows to identify the features of cerebral hemodynamics in newborns with perinatal complications of infectious genesis.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

An analysis of perinatal criteria reflecting the functional state of the mother-placenta-fetus system using statistical processing methods will create a clinical and echographic scale for predicting the severity of a newborn with perinatal infections, which will optimize therapeutic measures in the antenatal and postnatal periods.

Purpose of the study. To give a comprehensive assessment of the functional state of newborns with intrauterine infections to optimize the tactics of managing the perinatal period.

Materials and research methods. At stage 1, retrospectively, 178 birth histories and, accordingly, 178 maps of the individual development of the newborn were studied.

Research results. The clinical material was divided into 4 clinical groups depending on the severity of the infectious process and the severity of the condition of the newborn:

Group 1 (n = 40) - control, which included newborns from mothers with uncomplicated pregnancy, the child's condition at birth is satisfactory, Apgar score at the first minute 7.8 ± 0.32 points, at the fifth - 8.4 ± 0.21 , body weight 3320 ± 140.6 grams and height 52.1 ± 0.18 cm.

Group 2 (n = 60) - newborns from mothers at risk for intrauterine infection, the child's condition at birth is satisfactory or moderate with local manifestations of intrauterine infection in the form of pyoderma, rhinitis, otitis media, conjunctivitis, moderate pneumonia. The Apgar score in the first minute was 6.7 ± 0.23 points, in the fifth - 7.6 ± 0.26 points. Body weight at birth was 3274 ± 44.7 grams, height 51.2 ± 0.2 cm.

Group 3 (n = 50) - newborns from mothers at risk for intrauterine infection, the child's condition at birth is severe or moderate, worsening to severe in the early neonatal period with manifestations of intrauterine infection in the form of pneumonia, enterocolitis, fetal hepatitis, etc. diseases. The Apgar score in the first minute was 5.6 ± 0.37 points, in the fifth - 6.6 ± 0.3 points. Body weight at birth - 3298 ± 77.1 grams, height 52.3 ± 0.4 cm.

Group 4 (n = 28) - newborns from mothers at risk for intrauterine infection, the child's condition at birth is severe or extreme with generalized manifestations of intrauterine infection, requiring mechanical ventilation. Apgar score in the first minute 3.6: W, 34 points, in the fifth - 4.8 ± 0.42 points. In this group, birth weight was 3067.8 ± 47.4 grams, height 51.5 ± 0.26 cm.

A comprehensive assessment of the functional state of newborns with intrauterine infections has been developed in order to optimize the tactics of managing the perinatal period.

It was found that significant risk factors for the development of IUI in women include: acute or recurrence of urogenital infection during pregnancy (DT = 92.86%), acute respiratory diseases during pregnancy (DT = 65.2%), gestational pyelonephritis (DT = 52.8%), complicated course of this pregnancy (preeclampsia, threat of termination, toxico-sis) (DT = 78%), aggravated obstetric history (DT = 59.6%), presence of extragenital pathology (DT = 64%).

The expediency of using ultrasound examination in pregnant women with a high infectious risk has been substantiated, which increases the accuracy of IUI diagnosis.

The main ultrasound criteria for IUI are: hepato-abdominal coefficient of more than 0.38 c.u. (DT = 92%); violations of the biophysical activity of the fetus (decrease or absence of motor activity (DT = 68.5%) and tone in the fetus (DT = 59%), impaired respiratory function (DT = 66.3%); signs of placentitis (DT = 63%) and the presence of infectious fetopathies (DT = 55%).

It was found that children born to mothers from risk groups according to IUI have a high incidence in the early neonatal period, the frequency of which for the period 2005-2008. amounted to 21.1% - 18.7%. The manifestation of intrauterine infection in newborns was both specific (pyoderma, conjunctivitis, pneumonia, enterocolitis, sepsis, etc.) and possible nonspecific signs (disorders of the central nervous system, IUGR, hyperbilirubinemia).

Conclusion. It was found that neurosonography makes it possible to reveal structural changes in newborns with IUI in the form of: periventricular hyperechogenicity (in 43 (31.2%) children), dilatation of the lateral ventricles (in 30 (21.7%) children), hyperechoic signals in the thalamus (in 19 (13.8%) children), vascular plexus cysts (16 (11.6%) children). IVH, hydrocephalus and cerebral edema were recorded only in severe and extremely difficult children.

CLINICAL RADIATION CHARACTERISTICS OF HEPATOBILIARY SYSTEM PATHOLOGY IN CHILDREN

Anvarjonov Sh.O. - student of the group 218 of the Therapeutic faculty

*Supervisor: Kasimova G.Z. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The last decades have been marked by revolutionary changes in radiation diagnostics caused by the scientific and technological revolution.

In a short time, a number of new visualization methods have emerged based on various physical phenomena using computer technology. The emergence of new methods has led to a revision of the algorithms for examining patients in favor of the use of non-invasive and more informative techniques.

Purpose of the study. To study the clinical and radiation relationships of the most common pathology of GBS in children.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Material and research methods. The study involved 266 children of both sexes at the age from 5 to 14 years. All children were residents of Andijan. On the basis of the children's hospital of the AGMI, 152 children with pathology of GBS were examined, 114 children underwent a mass screening examination in a children's institution.

Research results. The clinical picture of inflammatory cholepathies in children in modern conditions in 86% of cases has a subclinical and latent course.

Etiofactors, premorbid background of the patient largely determine the clinical picture and morphofunctional changes in the pathology of GBS in children. It was found that the main clinical syndromes of GBS diseases are statistically significant (in > 95%) associated with a history of parasitosis, infectious diseases; medicinal and alimentary factors; the duration of the disease is more than 3 years; burdened by heredity in the pathology of GBS.

Doppler ultrasound allows you to identify indirect signs of both functional and organic pathology of GBS in 100% of cases.

The use of MRI increases the detection rate of organic lesions of GBS in children by 48.9% in comparison with the currently used ultrasound, recording the early signs of this pathology.

It is advisable to use TVI in screening examination in children's institutions as a non-invasive and not requiring preliminary preparation.

Conclusion. Comprehensive examination of children with GBS pathology using modern radiation methods is highly informative: the diagnosis of cholecystitis increased by 1.5 times, cholangitis - 5 times compared with the currently used ultrasound; allows registering perifocal changes and initial signs of GBS pathology.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF ENDOTHELIUM DYSFUNCTION IN TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN CHILDREN

Anvarjonov Sh.O.-student of the group 218 of Therapeutic faculty

*Supervisor: Kasimova G.Z. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Lipid metabolism disorders also play an important role in the development of diabetic microangiopathies. Hyperglycemia and excess of lowdensity lipoproteins (LDL) promote the formation of end products of protein glycation and atherogenic modification of LDL, which have cytotoxicity, including towards endothelial cells. In addition, hypercholesterolemia inhibits the formation of nitric oxide (NO), an important vasodilator.

All this contributes to DE and the formation of microangiopathies. Diabetic neuropathy is one of the most common and prognostically unfavorable vascular complications of type 1 diabetes. This complication significantly reduces the quality of life of patients and leads to the development of a disabling "diabetic foot syndrome".

In recent years, DE is increasingly important in the pathogenesis of the development of various diseases, including type 1 diabetes. But the contribution of this process to the development of microangiopathies in type 1 diabetes in children remains not fully understood.

Purpose of the study. To establish the regularities of the clinical course, changes in lipid metabolism and the state of endothelial function in children with type 1 diabetes mellitus, with the subsequent development of a complex of therapeutic and prophylactic measures.

Materials and research methods. The object of the study was children aged 1 to 17 years (n = 139), patients with type 1 diabetes mellitus, a comprehensive examination of which was carried out on the basis of the polyclinic department of the children's clinical hospital in Andijan.

Research results. As the duration of type 1 diabetes mellitus increases in children, there is a progressive increase in the number of microvascular complications and the daily requirement for insulin, which is most pronounced in cases of development of diabetic microangiopathy; these changes do not depend on the sex of the patient and whether he has signs of puberty.

In type I diabetes mellitus, lipid metabolism is impaired, represented by an increase in total cholesterol; These shifts are accompanied by an increase in low-density lipoprotein cholesterol and a decrease in triglyceride content in children with a disease duration of 1 to 5 years. Boys with type 1 diabetes mellitus have higher high-density lipoprotein cholesterol levels and a lower atherogenic coefficient than girls, regardless of age.

In children with type 1 diabetes mellitus, a decrease in the nitroxide-producing function of the endothelium was found, which is most pronounced with an increase in glycemia and HbA1c levels, as well as in cases of diabetic microangiopathies. Along with these changes, the concentration of asymmetric dimethylarginine increases in patients with type 1 diabetes for more than 5 years. The content of endothelin-1 does not depend on the duration of the disease, the age and sex of the patient, the quality of glycemic control, and the presence of microvascular complications.

An increase in the level of desquamated endothelial cells was revealed already in the early stages of type 1 diabetes mellitus, which persists regardless of the duration of the disease, age and sex of the child and is most pronounced with the development of diabetic microangiopathies.

The use of a-lipoic acid preparation (Berlition®, Berlin-Chemie) in the complex therapy of type 1 diabetes mellitus is pathogenetically substantiated and has a normalizing effect on the level of asymmetric dimethylarginine.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Conclusion. This study suggests that changes in the functional activity of the endothelium (an increase in the ADMA content and a decrease in the NO₃ level), as well as its damage (an increase in the number of DECs) are important mechanisms for the development of diabetic microangiopathies. The results obtained will allow predicting the course of the disease and optimizing pathogenetic therapy.

PSYCHOSOCIAL STATUS OF ADOLESCENTS WITH ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION

Bahodiriy Munavvara - student of the group 609 of Pediatric faculty

*Supervisor: Akhrorkhonov R.A. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The pathogenesis of cognitive impairment is explained by the damaging effect of high blood pressure (BP) on the vascular system and the substance of the brain. Pathological changes in the brain can appear long before clinical signs of neurological deficit, causing the development of encephalopathy. The state of cerebral circulation in adolescents with EAH is insufficiently studied. In the available studies, it has been shown that, starting from the early stages of the disease, such adolescents exhibit changes affecting all links of cerebral hemodynamics.

The detected disorders of cerebral circulation necessitate the search for methods of their correction. The cerebroprotective effect of antihypertensive drugs is expressed to varying degrees, and the achievement of target blood pressure levels does not guarantee the normalization of cerebral blood flow, sometimes leading to the opposite effect. Taking this into account, it seems interesting to question the feasibility of using nootropic and vascular drugs prescribed in addition to antihypertensive therapy as means of cerebroprotection.

Purpose of the study. To study the quality of life, the psychological portrait of the personality and the cognitive capabilities of adolescents aged 14-17 years with an increase in blood pressure in relation to the parameters of blood pressure, cerebral circulation and autonomic homeokinesis.

Materials and research methods. We examined 101 adolescents aged 14 to 17 years with various forms of EAH, including 62 (61.4%) boys and 39 (38.6%) girls. Secondary hypertension was the exclusion criterion from the study. The comparison group consisted of 38 practically healthy adolescents, identical in age and sex composition to the main group.

Research results. The quality of life in adolescents with different levels of blood pressure is reduced in comparison with healthy adolescents. These changes are least pronounced in adolescents with FGBH. Adolescents with PAH have the worst performance, which is expressed in a decrease in both physical and mental functioning of the patient. In adolescents with SAG, physical functioning is impaired to a greater extent. Parents of adolescents with hypertension tend to overestimate the severity of the physical impairment of their children and underestimate the mental health.

Adolescents with increased blood pressure have a number of changes in the psychological portrait of the personality. They are most pronounced in adolescents with PAH, and are anxious-depressive and psychoasthenic in nature.

In adolescents with SAG, cognitive decline is noted, which allows us to consider them as a “target function” for the damaging effect of high blood pressure.

Adolescents with increased blood pressure have changes in cerebral hemodynamics, depending on the form of hypertension. The greatest changes are characteristic of adolescents with SAG, the smallest - for FGBH.

The inclusion of the drug of vascular-nootropic action piracetam / cinnarizine in the therapy of adolescents with increased blood pressure leads to an improvement in cerebral circulation disorders, and also corrects indicators of psychosocial status.

Conclusion. The quality of life, the psychological portrait of the personality and the cognitive capabilities of adolescents with increased blood pressure were investigated, while it was found that there is no direct correspondence between the degree of impairment of these indicators and the level of blood pressure. The greatest decrease in the quality of life and violation of the personality profile were found in the group of adolescents with PAH, therefore it is recommended to monitor this contingent as having the highest level of psychoemotional stress. The necessity of using the MOS SF-36 questionnaire in a comprehensive assessment of adolescents with increased blood pressure is shown. It is recommended to use the proxy-problem phenomenon (a discrepancy in the assessment of the quality of life of a teenager, given by himself and his parents) as a criterion for the unfavorable family environment of a teenager.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS OF MIXED ETIOLOGY IN CHILDREN

Bekmuradova A. - 3rd year master of neonatology department
Supervisor: Dzhuraeva Kh.Z. - Department of Optional Pediatrics and Neonatology
Andijan State Medical Institute

Relevance. The urgency of the problem of medical devices is due to the great variability of the clinical course of the disease, which can affect the immune system.

Purpose of the study. To determine the severity of the course of infectious mononucleosis for further dispensary observation of children on an outpatient basis

Materials and research methods. Under our supervision there were 25 children aged 1 to 11 years. Mixed viral (cytomegalovirus - CMV and Epstein-Barr - EBV) infection was confirmed in all laboratory (by ELISA). Of these, 10 children were found to have a bacterial infection - Streptococcus pyogenic, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosae (bacterial sowing).

Research results. In 15 children with infectious mononucleosis (MI) without a combination with a bacterial infection, the disease proceeded relatively smoothly with typical symptoms: temperature up to 38–38.5C for up to 3–5 days, increased lymph. nodes of the neck (according to ultrasound data up to 1.5-2.0 cm).

In laboratory parameters - leukocytosis from 10109 / l to 12109 / l, atypical mononuclear cells up to 3–8, increased ALT and AST up to 100 U / l, hepatosplenomegaly (according to ultrasound data +1.0 cm from under the edge of the costal arch).

In the group of children, where the bacterial flora joined the viral infection, more manifest symptoms were revealed - febrile condition from 39 to 40C, pronounced lymphoproliferative syndrome - an increase in cervical and mesenteric lymph. nodes from 2.5 to 3.5 cm, hepatosplenomegaly (+ 1.5–3.0 cm). In the KLA more pronounced leukocytosis from 12109 / l to 15109 / l, atypical mononuclear cells from 10 to 15; ALT and AST from 150 to 400 U / l, longer asthenic-vegetative syndrome. All children received standard basic etiopathogenetic therapy.

The duration of the disease in the group of children where only viral etiology was found was from 5 to 7 days, in the group where there was a combination of viral and bacterial infection - from 9 to 12 days.

Conclusion. Thus, MI of combined viral-bacterial etiology proceeds with more pronounced clinical symptoms, high laboratory parameters and requires more intensive and long-term treatment.

CLINICAL AND IMMUNOGENETIC FEATURES OF JUVENILE ARTHRITIS ASSOCIATED WITH INTESTINAL INFECTION

Bekmuradova A – 3 rd year master of neonatology department
Supervisor: Farmokulova Yo.R. - Department of Optional Pediatrics and Neonatology
Andijan State Medical Institute

Relevance. To date, a number of issues in the clinical picture of juvenile arthritis, polymorphism of their course, individual mechanisms of immunopathogenesis, and the "trigger" role of infectious factors in the development of chronic joint pathology in children have been studied in sufficient detail. However, in recent years, new ideas have been formed about some aspects of the etiopathogenesis of juvenile arthritis, approaches to the appointment of pathogenetic therapy, and the priorities in choosing the means of etiotropic treatment in childhood have changed. All this necessitates, from a modern standpoint, revising the principles of clinical and laboratory diagnostics, rational pathogenetic and etiotropic therapy, monitoring clinical and laboratory parameters in order to achieve remission and prevent an unfavorable prognosis of the disease.

Purpose of the study. To assess the importance of immunogenetic factors and intestinal infection in the development and course of juvenile arthritis. To develop tactics for rational therapy of reactive arthritis associated with intestinal infection in children.

Material and research methods. In accordance with the tasks set, the paper presents an analysis of the results of examination and treatment of 427 children with juvenile arthritis from 4 to 15 years old. There were 288 girls, 199 boys.

Research results. A high incidence of infection with bacteria of the intestinal group in patients with juvenile arthritis was revealed (45.6%). A high frequency of detection of serological markers of intestinal infection is noted not only in patients with reactive arthritis (43.8%), but also in patients with other forms and variants of juvenile arthritis (from 39.2% for articular JRA to 56.1% for systemic form YRA). In patients with JCA, markers of intestinal infections were detected in 50% of cases.

In the structure of infection with bacteria of the intestinal group of patients with juvenile arthritis, the highest is infection with Flexner's Shigella (64.2%). The frequency of detection of markers of yersiniosis and pseudotuberculosis in patients with juvenile arthritis is 15.5% and 6.4%, respectively.

Antibiotic therapy in the complex treatment of children with enterogenic reactive arthritis is reasonable and effective, since it contributes to the achievement of remission of the articular syndrome, a decrease in laboratory

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

activity and seroconversion of serological titers of antibodies to bacteria of the intestinal group in 65-75% of cases compared with 50% in the control.

The data obtained indicate a higher efficacy and safety of amikacin sulfate when used in the complex therapy of reactive arthritis associated with intestinal infection, which makes it possible to recommend its use in clinical practice. The use of norfloxacin is effective and indicated for reactive arthritis associated with mixed intestinal and chlamydial infections.

Conclusion. A tactic for monitoring the disease in children with reactive arthritis associated with intestinal infection has been developed and tested. The proposed observation tactics, including primary and repeated serological examination within 3, 6 and 12 months after the antibacterial treatment, provides early detection of intestinal infection markers, timely selection of etiotropic therapy and control of its effectiveness.

A MODERN NONINVASIVE METHOD OF DIAGNOSING CORONARY HEART DISEASE

*Bektashev I.B. - 6th year student of the Faculty of Therapy
Scientific adviser Kodirova G.I. - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Department of Faculty Therapy
Andijan State Medical Institute*

Analysis of exhaled air (VV) is a harmless method, it can be carried out in an outpatient setting, has a low cost. It is known that metabolic disorders of biogenic amines occur in coronary heart disease (CHD), as evidenced by the detection of their precursors, as well as metabolic products in the blood and urine.

To determine volatile amines in BB in patients with IHD, we used an amine gas analyzer developed by the Institute of electronics of the Russian Academy of Sciences.

The advantages of this gas analyzer are selectivity and high sensitivity to amines, especially to secondary and tertiary amines. We used distilled water as an absorber.

The aim of this work was to develop a new non-invasive method for diagnosing coronary heart disease, as well as studying the volatile metabolites of biogenic amines in BB.

Materials and methods: In a hospital setting, 50 subjects were randomized into 3 groups: the first group (control) consisted of 10 clinically healthy men aged 55-60 years who did not complain of heart pain and did not have myocardial ischemia on the cardiogram; the second group — 23 men aged 55-60 years with a diagnosis of CHD Stable angina pectoris, FC II-III; the third group — 17 patients aged 50-64 years with a diagnosis of CHD. Acute myocardial infarction with a q-wave. The diagnosis in all patients is based on data from clinical observation, laboratory analysis, and functional diagnostics. According to the developed method, the analysis of EXPLOSIVES on the amine gas analyzer was carried out in two stages: obtaining a sample of EXPLOSIVES and measuring a sample of EXPLOSIVES.

Results of the study: the Maximum level of volatile amines in BB was registered in the third group and amounted to $889 \pm 56.2 \cdot 10^{-9}$ g/l, which was higher than the control group ($78 \pm 2 \cdot 10^{-9}$ g / l) by 11.4 times. In the second group, there was a relative increase in amines in BB $91 \pm 3 \cdot 10^{-9}$ g / l, which was higher than the group of clinically healthy by 1.2 times.

The increased content of volatile amines in BB is probably associated with a violation of the sympathetic-adrenal system in CHD. The obtained results indicate the possibility of diagnostics based on the content of amines in BB in patients with CHD in the elderly.

Conclusions: A clinical test gas analyzer amines at the Department of faculty therapy and home in the survey of CHD patients and studied changes in the content of volatile metabolites of biogenic amines in the BB. Our clinical studies using advanced gas analysis methods have shown that the presence of biogenic amine metabolites in BB will help early diagnosis of CHD and the choice of treatment tactics, as well as prevent the development of complications. The results of clinical studies of BB analysis reveal previously unknown mechanisms underlying the metabolism of biogenic amines in patients with IHD and are of great interest in the gerontological aspect. Therefore, we suggest the use of BB analysis in cardiology.

IMMUNE STATUS OF THE SYMPATHO-ADRENAL SYSTEM IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

*Bektashev I.B. -6th year student of the Faculty of Therapy
Scientific adviser Kodirova G.I.- Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Department of Faculty Therapy
Andijan State Medical Institute*

Introduction. In recent years, CHD has acquired not only medical, but also social significance due to an increase in morbidity, high mortality, disability of various ages and professions.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

The purpose of the study: to Study violations of the functional state of the SAC and the immune status in patients with CHD.

Research materials and methods: we observed 42 patients aged 30 to 65 years suffering from CHD. 42 patients were randomized into 3 groups. 20 patients were diagnosed with CHD. Stable angina pectoris of FC II-III; in 11-x — CHD. QMI; in the remaining 11 patients with CHD. Stable angina pectoris FC II-IV. PIX. The control group consisted of 10 relatively healthy individuals aged 20-45 years. Determination of adrenaline (A), noradrenaline (NA), dopamine (DA) and DOPA in the urine daily produced by trichinopoly fluorimetric method. For determination of immunoglobulins in blood plasma, the method of radial immunodiffusion in a gel in the Mancini modification was used.

Results of the study: the levels of interleukin-6 in patients with angina and PIX did not differ significantly, while in patients with myocardial infarction with a Q wave, the indicator was 118.4 ± 5.9 Pkg/ml. In the control group, the IL-6 index was 26.6 ± 1.2 PCG / ml. In chronic forms of CHD (angina pectoris, PICS), there is a decrease in the level of A, NA, AND DOPA in the daily urine. Thus, the daily excretion of free A in patients with angina compared to healthy individuals was reduced by 32.7% ($P < 0.001$), conjugated by 19.6% ($P < 0.05$) and total by 26.4% ($P < 0.001$). Excretion in daily urine in patients with angina is statistically significantly lower than the control level. The elimination of free NA was reduced by 11.1%, conjugated NA by 13.3% and total NA by 12.3% ($P < 0.05$). There was a decrease in daily excretion of all DA fractions compared to healthy ones, free by 43.6%, conjugated by 43.7% was statistically significant, and total by 43.7%. The difference in DOPA excretion was 20.7% ($P < 0.05$).

Studies have shown that an increase in the blood content of IL-6 in patients with CHD is correlated with the severity of clinical manifestations and activity of SAS.

Conclusion. Thus the "immunocytokine" model of CHD pathogenesis does not contradict the neurohumoral theory, but complements our understanding of the mechanisms of CHD development.

FEATURES OF DIAGNOSIS OF NEPHROTUBERCULOSIS

Bektashev I.B., Dilshodov A.D.-medical faculty 6 stage students

*Scientific advisers: Khakimova R.A., Maksumova D.K. - Phthisiology department
Andijan state medical Institute*

Relevance. Diagnosis of nephrotuberculosis in the elderly is very difficult, especially since in recent years there has been an increase in the disease of nephrotuberculosis in this group

The purpose of the study: to study the information content of various diagnostic methods, features of the clinical course in patients with concomitant diseases.

Materials and methods of research. When studying methods for detecting nephrotuberculosis in elderly patients, it was found that patients were detected in a polyclinic after long-term observation by a urologist. Moreover, in 90% of patients, the duration of observation by a urologist in polyclinics was from 3 to 5 years, the absence of positive dynamics during the disease, deterioration of urine tests, allowed to suspect tuberculosis etiology and during computer tomography, these patients were sent for examination to the regional tuberculosis dispensary. Patients admitted to the clinic were subjected to a comprehensive examination: clinically and with the help of laboratory, bacteriological, biochemical, radiological, ultrasound studies.

Obtained result. Improvement of methods of diagnostics of nephrotuberculosis, allowed in recent years to identify this clinical form in the elderly. Thus, in 2019, only 4 out of 87 patients admitted to the urological Department had mycobacteria detected bacterioscopically, while the study of urine by PCR (GeneXpert Rif) allowed another 16 (18, 4%) to detect mycobacteria. Moreover, in 4 patients (who are registered for tuberculosis from 3 to 5 years), multidrug resistance was established. In addition, when comparing the results of the Mantoux test, only 29 patients had a positive result, 58 patients with a negative result of the Mantoux test had a Diaskin test - 34 (58, 6%) had a positive result. Difficulties in differential diagnosis of nephrotuberculosis in 5 patients forced them to be sent to the RSNPMC Fip clinic in Tashkent. Where additional studies revealed nephrotuberculosis, with 2 patients diagnosed with drug-resistant tuberculosis.

In 50 elderly patients with established nephrotuberculosis, concomitant diseases were detected such as diabetes mellitus, chronic hepatitis, hypertension, alcoholism, alcohol abuse, Smoking. These diseases aggravated the course of nephrotuberculosis.

Conclusion. In elderly people, to detect nephrotuberculosis, in addition to traditional research methods, it is necessary to use Diaskin test and PCR (GeneXpert Rif), which in addition to the etiology allows you to identify drug resistance, which will allow you to prescribe adequate therapy.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

MODERN METHODS OF PREVENTION OF DIABETES

Bektashev I.B., Dilshodov A.D. - medical faculty 6 stage students

Scientific adviser: Yusupova Sh.K. - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Department of hospital therapy and endocrinology

Andijan state medical Institute

Relevance. Diabetes mellitus is the most common endocrine disease. According to the latest data, the number of patients with diabetes mellitus doubles every 15 years, and the number of deaths this disease ranks 3rd after cardiovascular and oncological diseases. There are more than 50 million diabetic patients in the world. Diabetes mellitus affects both men and women of different ages and different professions who live in different climatic and social conditions. One of the key aspects of reducing the spread of diabetes should be active prevention and early detection of this disease, in the implementation of which an important role can be played by pharmacy organizations and pharmaceutical specialists. Research has found that such areas of good pharmacy practice as promoting a healthy lifestyle, informing about risk factors and preventing diseases, including diabetes, are not properly reflected in the activities of pharmacy organizations. This publication describes the main activities of pharmacies for the prevention of diabetes.

Purpose of research. From the point of view of a systematic approach to identify risk factors that significantly affect the development of diabetes, and develop a model of multi-factor intersectoral primary prevention of this disease.

Materials and methods of research. The analysis of data from the register of SD of Andijan region for 2016-2019 showed a significant contribution of SD 2 to the deterioration of health indicators of the population. Mortality from causes related to DM 2 is ranked fourth in women after diseases of the circulatory system, neoplasms and injuries, poisoning, and in men - sixth, giving in addition to the above-mentioned causes, diseases of the digestive and respiratory organs in the structure of the total mortality of the population of the Andijan region.

Research result. The results of the study prove the need for timely therapy (Hb Alc >7.5%) with insulin preparations simulating basal insulin secretion in combination therapy of DM - type 2 to correct carbohydrate and lipid metabolism, reduce IR and reduce the risk of cardiovascular disease and mortality in patients with DM-type 2 in practical health care. The conducted studies allow us to recommend monitoring the level of MAU, which reflects the degree of progression of CVD and the effectiveness of therapy in patients - The results of the study showed that insulin therapy with a long-acting insulin analog Glargine or NPH insulin in combination with PSSP can achieve a significant improvement in carbohydrate metabolism compensation, reduce PIP and MAU, as well as a significant reduction in the risk of developing cardiovascular disease and a 10-year risk of death from CVD in patients with type DM. The obtained results of the study allows us to recommend earlier and more widespread use of insulin preparations (an analog of insulin of prolonged action Glargine or insulin NPH) in combination with PSP in the treatment of type 2 diabetes in practical health care.

Conclusion. Primary prevention of diabetes is to prevent the development of the disease at all. Secondary prevention is aimed at preventing the development of complications from an existing disease. Secondary prevention of type 1 and type 2 do not differ from each other, because they pursue the same goal — normalization and retention of normal blood sugar levels. Only by keeping the blood glucose level within normal limits, you can avoid the development of complications. Based on this, you need to work on factors that you can change. First of all, prevention should begin with the elimination of excess weight, if there is one, because it leads to the main cause of diabetes — insensitivity of cells to their own insulin.

PROBLEMS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF MYCOSIS IN HIV INFECTED

Boboev M.M., Madumarova M.M.

Department of Pathological Physiology

Andijan State Medical Institute

In recent decades, there has been a significant increase in fungal diseases (both superficial and severe visceral mycoses) associated with HIV infection, which creates significant difficulties in the differential diagnosis of pulmonary tuberculosis. In HIV-infected patients, when combined with tuberculosis, immune system disorders are observed, due to long-term treatment with anti-TB drugs, which can lead to the appearance of fungal diseases.

The goal is to study the features of diagnosis, differential diagnosis, the clinical course of pulmonary mycosis in HIV-infected patients with suspected tuberculosis or during the treatment of co-infection.

Materials and research methods. In 2009-2010, 12 HIV-infected patients with dissemination syndrome for differential diagnosis were examined on the basis of the regional TB dispensary. All patients underwent a comprehensive traditional study on tuberculosis and ELISA with tuberculosis antigen, as well as ELISA determination of antibodies to candida and aspergillus.

The results of the study. Of 12 patients, adults were 3; children - 9. A thorough medical history and clinical presentation of the disease made it possible to exclude tuberculosis in 4 patients - it was their ELISA with

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

tuberculosis antigen that gave a negative result, 3 ELISA revealed candidiasis and 1 aspergillosis. The vast majority of patients were children who had received broad-spectrum antibiotics for a long time. In 2 children in whom tuberculosis was excluded and candidiasis was detected, not only the oropharynx was affected, but also the lung parenchyma. A direct diagnosis of patients is miliary pulmonary tuberculosis.

2 patients, adults who were excluded from tuberculosis, were women who underwent gynecological operations (abortion-1; 1- operation for ovarian cysts), subsequently developed various complications, and subsequently prolonged anti-biotic therapy.

In 7 HIV-infected patients, disseminated pulmonary tuberculosis was confirmed by ELISA, no bacteria was detected in any patient, and there were no destructive changes.

The treatment of the tuberculosis process in HIV-infected patients was carried out in accordance with generally accepted schemes. Given that all patients, before being diagnosed with tuberculosis, received antibiotics of a wide spectrum of action for a long time, candida lesion was observed mainly in the oropharynx. After a consultation with the dentist, a comprehensive local and general treatment was carried out with the inclusion of antifungal drugs. All patients received antifungal drugs: difluzole orally.

As a result of treatment, positive dynamics was achieved in 3 patients; without dynamics - 3, worsening during treatment was observed in 1 patient.

Conclusion In the process of differential diagnosis of disseminated processes in the lungs, in order to exclude tuberculosis, it is necessary to use ELISA with a tuberculosis antigen, and if the dilution is negative, also ELISA should be examined for candida and aspergillus, which will allow timely diagnosis and transfer of patients to the appropriate hospital for treatment. A feature of the candidiasis clinic in HIV-infected patients with pulmonary tuberculosis is the high frequency of oropharyngeal lesions in the absence of damage to other organs. The low effectiveness of treatment is associated not only with the severe course of tuberculosis due to HIV infection, but also with the addition of candidiasis, which contributes to an even greater aggravation of the immune status of the body.

ALCOHOL - IN HUMAN LIFE

Boboev M.M., Madumarova M.M.
Department of Pathological Physiology
Andijan State Medical Institute

Relevance of the topic. Alcohol abuse has a detrimental effect on all aspects of society, especially such as the occurrence of labor losses and marriage at work, which causes large economic losses, family breakdowns, defects in the upbringing of the young generation, the occurrence of crimes, and finally, one of the most valuable assets is the genetic human background.

The purpose of this study was to study the effect of alcohol on the occurrence of disease states of the body.

The material of the study was the conclusions of forensic experts from the archive of the Andijan Regional Bureau of Forensic Medicine for the past 20 years.

The results of the study. Our studies have shown that in expert practice, people suffering from coronary heart disease (CHD) and alcohol abusers have a more significant increase in the area occupied by coronary atherosclerosis; myocardial infarction occurs more often than people suffering from coronary heart disease but not consuming alcohol.

In expert practice, there is also a need to differentiate death from coronary heart disease on the background of alcohol intoxication, from death from alcohol poisoning. Usually, the absence of specific morphological criteria for differentiation creates conditions for the overdiagnosis of death from acute alcohol intoxication.

Alcohol is irritating to the mucous membrane of the upper respiratory tract: pharynx, nasopharynx, larynx, as well as the vocal cords, causing inflammation. The vocal cords in this case thicken and condense. In persons who abuse alcohol, the voice becomes coarse, hoarse.

From small doses of alcohol, breathing quickens and deepens. But despite the increased work of the lungs, the amount of oxygen delivered to the body does not increase, since it binds to alcohol. Large doses of alcohol act narcotically, dramatically slowing breathing and reducing the amount of air entering the lungs.

Alcohol also affects the kidneys, which are the most important organ of excretion. They remove from the body metabolic products, which are a dangerous poison for him. Therefore, with a violation of urination, severe poisoning of the body occurs.

During normal kidney function, blood passing through them releases the harmful substances accumulated in it. If alcohol enters in large quantities and high concentration, the kidneys begin to work hard, the amount of urine increases due to water, which alcohol eagerly absorbs in the body and carries with it. Affected kidney cells lose their ability to remove harmful substances from the body. From the effects of alcohol, the kidney cells become inflamed, and the necessary protein for the body begins to be liberated abundantly through the kidneys along with the urine. Over time, under the influence of alcohol poisoning, the kidneys are wrinkled, urination is impaired, which leads to the death of the patient.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

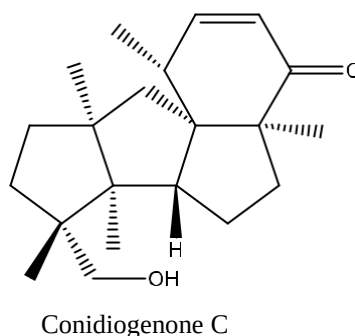
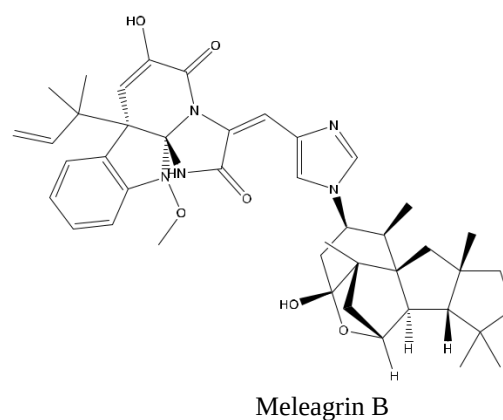
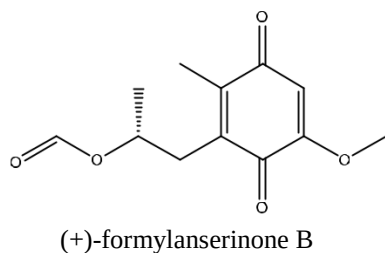
Findings. 1. Alcohol is a contributing risk factor that determines the adverse outcomes of latent diseases. 2. The fight against alcoholism should be the business of the general public. 3. The main thing in the fight against alcoholism remains the warning of its occurrence.

DRUG DISCOVERY FROM MARINE ENDOPHYTES

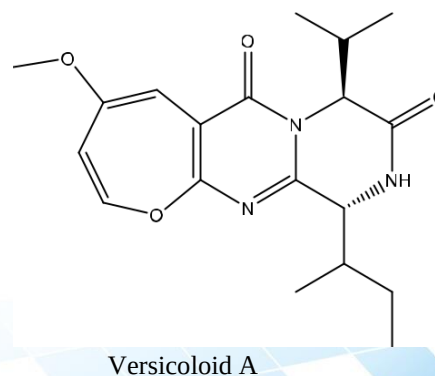
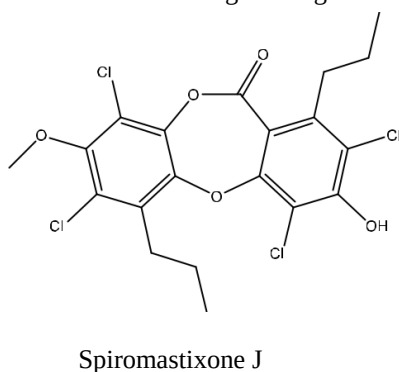
Botirxo'jayeva Sojidaxon student of group 101 of dental faculty

*Supervisor: Mamazulunov Nurmuxammad assistant of the Department of Biological Chemistry
Andijan State Medical Institute*

Studies of marine fungi represent one of the fastest expanding fields when compared to other unicellular organisms. The isolation of five new anserinones from deep-water (4380 m) *Penicillium corylophilum* began the search for new compounds from deep-water marine derived fungal cultures. Out of these five, only (+)-formylanserinone B showed modest selectivity against MDA-MB- 435 breast cancer cell line.⁷ *Penicillium* sp., which came from a deep sea sediment (5080 m), yielded a diverse range of compounds; four meleagrins analogues and six new diterpenes, named conidiogenones B–G. Bioactivity screening of these groups of compounds revealed meleagrins B was moderately cytotoxic against MOLT-4, BEL-7047, HL60 and A549, while conidiogenone C showed promising activity against BEL-7047 (0.9 μ M) and HL60 (0.038 μ M).²²

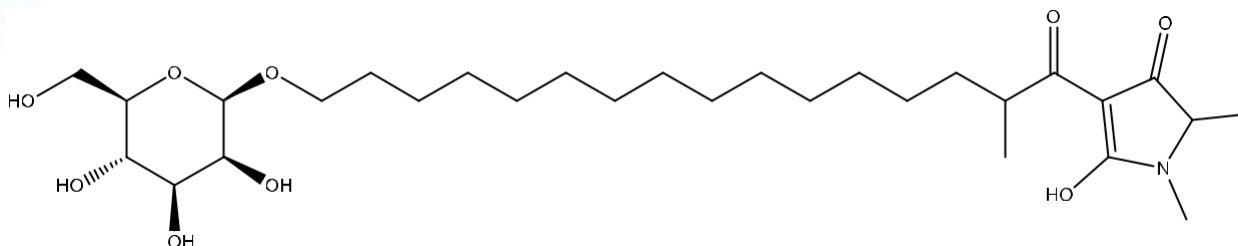


Spiromastix sp., fungus from collected from south Atlantic Ocean at 2869 m, yielded Spiromastixones A–O.²² From this suite, spiromastixone J showed effective inhibition of vancomycin-resistant *Enterococcus* sp. (VRE). This particular fungus strain also produced eleven new spiromastols, of which several show significant antibacterial activity.^{11,22} Versicoloid A, an alkaloid isolated from *Aspergillus versicolor* collected from the Indian Ocean showed significant activity and has potential to be a lead antifungal for agricultural applications.²²



TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

One of the most unique compounds isolated as a natural product was epicoccamide, was isolated from a jellyfish-derived fungus *Epicoccum purpurascens*. Epicoccamide consists of unusual subunits of glycosidic, fatty acid, and tetramic acid, which are most likely derived from three distinct biosynthetic pathways. Unlike most tetramic acid derivatives, epicoccamide did not show bioactivity in a number of bioassays.⁷ Stereochem?



CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND THE NATURE OF THE COURSE OF EPILEPTIC ENCEPHALOPATHY IN PRESCHOOL CHILDREN

Vafoyeva G.R. – 1st year master's student

*Scientific adviser: Saidkhodjaeva S.N. - PhD.docent of the Department of Neurology,
Pediatric Neurology and Medical Genetics*

Relevance. Currently, some researchers consider interictal epileptic psychoses as a manifestation of epileptic encephalopathy. Epileptic encephalopathy is a condition where pathologically altered brain electrogenesis is the cause of brain dysfunctions. In which the epileptic process as such leads to progressive dysfunctions of the brain.

Purpose of the study: To study the clinical and paraclinical features and the nature of the course of epileptic encephalopathy in preschool children.

Materials and methods of research: this study was based on the data of examination of 30 children with a diagnosis of epileptic encephalopathy at the age of 3 to 7 years. In this work, we used general clinical, neurological and instrumental research methods (EEG).

Research results. According to the data obtained, we found that 8 children (26.6%) with epileptic encephalopathy were diagnosed with Lennox-Gastaut syndrome, Landau-Kleffner syndrome - in 3 (10%) and in 2 (6.7%) West syndrome. All these children were classified as type I epileptic encephalopathy. The age subdivision revealed that this group included children aged 3 to 7 years, the average age of children was 4.2 ± 0.32 years. Tonic seizures were observed in 11 children (36.67%), among them short-term seizures were recorded in 8 children, which lasted for several seconds. Atypical absence seizures were observed in 5 patients (16.7%), had a relatively gradual onset and end, in contrast to the sudden nature of typical absences. Atonic seizures were observed in 7 children (23.3%) and were characterized by a sudden and significant loss of postural tone with the involvement of the whole body or only the head muscles. Myoclonic seizures were recorded in 4 patients (13.3%) (nodding, pecking, flinching). Polymorphism of epileptic seizures was observed among 23.3% (7 children) of patients. When analyzing the neurological status, it was found that children with type 1 epileptic encephalopathy are characterized by micro-focal neurological symptoms in the form of: disorders of the cranial nerves, pyramidal insufficiency (tendon hyperreflexia on the one hand, anisotonia, the presence of pathological reflexes), transient coordination disorders (dysmetria when performing coordination samples). With EEG monitoring, 57.2% had a pattern-diffuse slow peak-wave activity bilateral and synchronous with a frequency of 12.5 Hz, with an emphasis on the frontal and temporal lobes. During the wakefulness phase in the interictal period, diffuse slow sharp waves were recorded in 62.4% of children. When studying cognitive function according to Raven's progressive matrices, a high percentage of low intelligence was revealed in comparison with a group of apparently healthy children.

Conclusion: Thus, type I epileptic encephalopathy is characterized by micro-focal neurological disorders with progressive disorders of the cognitive sphere, intelligence, speech and other cerebral functions.

POSSIBILITIES OF ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF URELINE DISEASE

Completed by: Vakkosov M, student of group 319 of the medical faculty.,

*Scientific adviser: Tojikhuzhaev Sh.Sh., Department of Oncology and Medical Radiology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The existing methods of surgical treatment, including surgical, make it possible to obtain only a relative effect in the treatment of urolithiasis (Urolithiasis), but do not allow stopping the process of stone formation. A significant number of residual stones / fragments in the urinary tract, especially after extracorporeal lithotripsy (EBL), the severity of the chronic inflammatory process in the urinary tract requires appropriate treatment and

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

monitoring of its effectiveness. In this regard, the urgency of outpatient follow-up is of particular importance in order to prevent exacerbation of chronic pyelonephritis, the selection and conduct of lithokinetic and litholytic therapy, and metaphylaxis of recurrent stone formation.

Purpose of the study. Improving the effectiveness of ultrasound diagnostics of urolithiasis.

Research methods. In the course of the study, the following procedures and methods of statistical analysis were used: determination of the numerical characteristics of variables; the hypothesis of the origin of groups formed according to a qualitative characteristic from the same population was tested on the basis of constructing contingency tables of observed and expected frequencies; the Pearson Chi-square test was used; if it was unstable, the two-sided Fisher exact test was used.

Research results. Ultrasound of the ureters should be carried out on the basis of the complex application of transabdominal, intracorporeal methods and the determination of ureteral emissions. For better visualization of the ureter, it is necessary to provide maximum compression of the area under study.

The effectiveness of ultrasound in detecting calculi depends on their location. When the stone is located in the lower third of the ureter, the accuracy of the method is 97.5%, the sensitivity is 97.8%, and the specificity is 87.5%. When the stone is located in the middle third of the ureter, the accuracy of the method is 84.4%, the sensitivity is 80.0%, and the specificity is 83.3%. When the stone is located in the upper third of the ureter, the accuracy of the method is 91.8%, the sensitivity is 92.9%, and the specificity is 85.7%.

A direct ultrasound sign of ureterolithiasis is an echo-positive structure in the lumen of the ureter with an acoustic shadow. Indirect signs detected by ultrasound include enlargement of the urinary tract above the obstacle, local thickening of the ureter wall, periureteral edema, impaired ureteral emissions, thickening of the pelvis wall, edema of the renal parenchyma.

The presence of edema of the ureteral wall and periureteral edema determine the tactics of patient management - the appointment of preventive anti-inflammatory therapy before surgical procedures.

For ultrasound diagnostics with localization of a stone in the lower third of the ureter, pyelectasis, hydronephrotic transformation, and edema of the renal parenchyma are of lesser importance, but their diagnostic significance increases with localization of stones in the upper and middle parts of the ureter.

Ultrasound is superior to plain radiography in the diagnosis of ureterolithiasis. Between the indicators of accuracy, sensitivity and specificity of methods for ureterolithiasis of any localization, there is a statistically significant difference in favor of ultrasound, therefore, this method should be mandatory for ureterolithiasis and should be used at the initial stage of patient examination.

Conclusions. Thus, dynamic ultrasound examination during the periods of early outpatient postoperative follow-up and dynamic metaphylaxis of a patient with urolithiasis creates conditions for assessing the degree of urinary tract clearance from stone fragments, effective control of urolithiasis metaphylaxis and early detection of stone formation recurrence.

EFFICIENCY OF DIFFERENTIATED COMPLEXES OF SANATORIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Ganiyev Sh.A. student of group 611 of Therapeutic faculty

*Supervisor: Sakhibova M.D. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The effectiveness of a number of techniques, medicines, food additives currently proposed for rehabilitation in bronchial asthma has been little studied. So, reasoned evidence of the effectiveness of the use of complexes of vitamins and microelements in bronchial asthma in children is of the nature of single publications.

It seems promising to use the recently discovered properties of boswellic acids extracted from plants to exert a powerful anti-inflammatory effect by inhibiting the synthesis of leukotrienes and tumor necrotic factor. A number of experimental and clinical studies have shown their significant effectiveness in many pathological conditions, including allergic inflammation. There are reports of a pronounced effect of boswellic acids in bronchial asthma in adults. Their effect on lung diseases in children has not been studied. Thus, the scientific substantiation of the advisability of including these funds in the rehabilitation programs for patients with bronchial asthma in a children's sanatorium is very relevant.

Purpose of the study. Evaluation of the effectiveness of rehabilitation of children with bronchial asthma when multivitamin-mineral preparations and biologically active additives based on boswellic acids are included in the sanatorium complex.

Material and research methods. Clinical observations were carried out in dynamics in 120 children with mild and moderate bronchial asthma, in the period of incomplete and complete remission, at the age from 4 to 17 years.

Research results. Multivitamin-mineral preparations (Cigapan, Maxi-Baikal) and a biologically active supplement based on boswellic acids (Bronchodiol) increase the clinical effectiveness of sanatorium rehabilitation of children with mild and moderate bronchial asthma by 40%, 48.5% and 36%, respectively. This increases the duration of remission, reduces the frequency and duration of episodes of acute respiratory infections.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Cigapan, Maxi-Baikal and Bronchodiol during the rehabilitation of patients with bronchial asthma have a positive effect on the function of external respiration: they normalize spirometry and peak flowmetry indicators, improve exercise tolerance, and reduce the daily variability of the peak expiratory flow rate.

The use of multivitamin-mineral preparations and biologically active additives based on boswellic acids in the complex of sanatorium rehabilitation of children with bronchial asthma contributes to the normalization of vegetative tone.

Complexes of sanatorium rehabilitation with the inclusion of Maxi-Baikal and Bronchodiol in patients with bronchial asthma have a positive effect on the local immunity system, providing an increase in secretory immunoglobulin A in saliva in children in the course of treatment.

Conclusion. The inclusion of multivitamin-mineral complexes and a biologically active supplement based on boswellic acids in the complex of sanatorium treatment of children with mild and moderate bronchial asthma, which contribute to an increase in the effectiveness of rehabilitation, achieve a stable remission, reduce the frequency of acute respiratory infections, reduce the volume of pharmacotherapy, and improve quality life.

FEATURES OF ADAPTATION OF LOW-WEIGHT INFANTS

Ganiyev Sh.A. - student of group 611 of Therapeutic faculty

*Supervisor: Sakhibova M.D. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. In many studies, premature newborns are combined into one age group and the assessment of immunological parameters, as well as adaptation processes is very approximate and often contradictory, it is shown that it is premature newborns with a gestational age of 28-33 weeks that have a "disturbed compensated state" of the immune system, i.e. ... have a relatively well-developed immune system, compared to deeply premature babies with a gestational age of less than 28 weeks. In this regard, for the study, we have chosen the "golden mean" in terms of gestation (28-33 weeks), in which it is possible to trace the relationship of damage to the nervous and immune systems, the relationship of the immune status with the somatic and infectious morbidity of this contingent of children during the first year life.

A deep understanding of immunological processes in the central nervous system and their involvement in the development of the nervous system and neuropathology is critical for researchers and practitioners. Knowledge in this area will help to significantly optimize rehabilitation measures for nursing premature and low birth weight babies.

Purpose of the study. Revealing the peculiarities of the immune system in term and premature infants with perinatal CNS damage, their relationship with neuropsychic development, with somatic and infectious morbidity during the first year of life.

Materials and research methods. In 124 newborns, which included the following groups: full-term infants with IUGR, premature infants, premature infants with IUGR and full-term newborn infants (control group), the dynamics of the content of Zn, Fe, Cu in the blood serum was determined in connection with various manifestations of maladjustment in the early neonatal period (asphyxia, hypoxic-ischemic encephalopathy, respiratory disorders, etc.).

Research results. It was found that the essential bioelement Zn was the most labile among the studied MEs. There was a decrease in the Zn level on the 5-7th day of life compared with the initial level in premature infants with intrauterine growth retardation by 55.6% ($p < 0.01$), in premature infants by 45.5% ($p < 0.001$), as well as in term infants with intrauterine growth retardation by 61%. A decrease in Fe levels on the 5-7th day of life compared with the data at birth was observed only in premature infants, while in premature infants with intrauterine growth retardation by 63.1% ($p < 0.05$) and in premature infants by 64, 7% ($p < 0.05$). A significant increase in the Cu level on the 5-7th day of life, when compared with the initial data, was shown in premature infants by 64.5% ($p < 0.05$).

Conclusion. Maladaptive conditions in the early neonatal period are interconnected with the development of an imbalance of essential trace elements in low birth weight infants, as well as with the degree of prematurity and the presence of intrauterine growth retardation.

PROPHYLACTIC FEATURES OF THE ORIGIN OF GALLSTONE DISEASE AMONG THE ELDERLY POPULATION

Ganijonov J.A., - Master of the 2nd year of the Department of General Surgery

*Supervisor: Ergashev K.N., Kh.K.Usmanov - Department of General Surgery
Andijan State Medical Institute*

According to the World Health Organization (WHO), gallstone disease (GDD) is one of the most common diseases of the digestive system. In particular, studies have shown that its prevalence and / or frequency of occurrence continues to increase. In particular, it has been confirmed that such a trend is accelerating more in

industrialized countries. Among the adult population of Europe and the United States, OTC is detected at a rate of 10-15% and has become a high-cost-demanding disease [Sandler R.S. et al., 2002; Everhart J.E. et al., 1999].

It is unfortunate that to date, most physicians consider OTC as a surgical pathology, misuse surgical treatment, or consider gallbladder removal as the gold standard treatment [Sharbinino M.B., 2011]. But removing the gallbladder does not solve the problem. In particular, in about 40% of patients after cholecystectomy or after a certain period, directly or indirectly related to the operation, there are disorders of the digestive system, even as a result of the operation worsens certain diseases (stomach cancer, liver and colon cancer, etc. reported). Modern scientific findings have changed perceptions of NCDs, including the need to conduct research aimed at studying the prognosis of these diseases and developing scientific mechanisms to enhance active prevention and treatment practices or enhance preventive activities in its clinical period. Such results are obtained with precision, mainly in epidemiological studies, and they serve as a basis for strengthening preventive, therapeutic and prophylactic tactics in the early stages of OCD, among the population at high risk of its occurrence or in patients [Lazebnik L.B., Ilchenko A.A., 2005, 2018; WNO, 2019].

However, such studies have been rare in recent years, and have not been specifically conducted in Uzbekistan, especially among the elderly population.

OTC is defined in population groups, depending on the place of residence and age, with a prevalence ranging from 5–15% to 10–40% [Attili A.F. et al., 1998; Kang J.Y. et al, 2003].

In particular, it has been confirmed in foreign countries that the prevalence of OCD in the elderly population (between 60-74 years of age) is 1.5 times higher than in the general population (under 60 years of age) [Dorofeenkov M.E. et al., 2013].

Another conclusion about the epidemiology of NCDs is that the screening data on it are somewhat outdated around the world, including in Uzbekistan, and naturally begin to lose their practical and scientific value. However, we believe that through them it is possible to detect OTC at an early stage and to see and determine the prospects for prevention or treatment "without surgery".

The aim of our study is to study the epidemiology of gallstone disease among the elderly population and to determine the regional features of its prevention.

Research tasks:

1. To identify, assess and develop specific recommendations for the prevention of gallstone disease among the elderly population (60-75 years).
2. To study the epidemiological mechanisms of the development of gallstone disease in relation to age and to identify ways of exposure to "targeted" sanogenic factors, to direct them to practical activities.
3. To identify and assess the prevalence of gallstone disease in men and women in the elderly population in relation to clinical symptoms, to develop a scientifically based set of analytical actions based on the analysis and to recommend for practical activities.

Practical significance. Ensuring the development of research-based and practice-oriented prevention systems and algorithms will reduce the incidence of gallstone disease, late detection and exacerbation of complications by at least 50% in the elderly population. It dramatically reduces the need for cholecystectomy or the iatrogenic complications that can result from it. In the elderly, i.e. in patients with obstructions to cholecystectomy, such results are of "irreplaceable" practical importance.

HYPERTENSIVE DISORDERS IN PREGNANT WOMEN: INDIVIDUAL APPROACH TO PREVENTION AND PHARMACOEPIDEMIOLGY

Goziyeva Sh.S., Asrankulova D.B.

*Department of Obstetrics and Gynecology №1
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Hypertensive disorders during pregnancy occur in about 10% of pregnancies; the incidence of preeclampsia is 2-8%. Every year more than 50,000 women all over the world die during pregnancy due to complications associated with hypertension.

In developed countries, in 12-18% they are the second direct cause of ante- and postnatal mortality, affecting perinatal mortality in 20-25% of cases.

Purpose of the study. To reveal the influence of modified lifestyle factors contributing to the development of pelvic floor muscle failure (for example, the obturator muscle of the lower third of the vagina).

Materials and methods of research. 104 primiparous women were under observation. The main group consisted of 64 women with the influence of modifiable risk factors. The control group included 40 pregnant women in whom the influence of risk factors was absent.

Results of the study. The strength of tonic, maximum, volitional contractions and their duration were assessed. The assessment of the degree of insufficiency of the strength of contractions was carried out according to the classification, where the normal strength of tonic contraction was considered more than 15.00 gf, maximum - more than 70.00 gf, volitional - more than 55.00 gf, normal duration - more than 5 s. The strength of tonic contraction from 14.00 to 10.00 gf, maximum - from 69.00 to 50.00 gf, volitional - from 54.00 to 40.00 gf, duration

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

from 4.00 to 2, was qualified as a failure of the first degree. 00 s. The strength of tonic contraction from 9.00 to 6.00 gf, maximum - from 49.00 to 21.00 gf, volitional - from 39.00 to 16.00 gf, duration - from 2.0 to 1, 0 s. Insufficiency of the third degree was established when the strength of tonic contraction was less than 5.0 gf, maximum - less than 20.00 gf, volitional - less than 15.00 gf, duration - less than 1 s.

Normal body weight was observed in 42 (65.6%) women in the main and 32 (80%) control groups. The minimum strength of tonic contraction was observed in women of the main group with a body weight deficit - 13.62 ± 0.68 gf, and the maximum ability to volitional contraction - 60.36 ± 0.60 gf - in women in the control group.

Conclusion: The results of the interim analysis demonstrated the positive effect of HRT with the combined drug Angelique on blood pressure, the degree of visceral obesity, metabolic status and clinical manifestations of climacteric syndrome in women in the early postmenopausal period, risk factors for the development of hypertensive disorders in pregnant women.

In recent years, many studies have shown that the development of arterial hypertension (AH) in pregnant women is due to the influence of risk factors. But to date, there are no convincing data on the prevalence of these factors in the population, and the most significant of them for predicting the development of this complication of pregnancy have not been identified.

CLINIC - IMMUNOLOGICAL CRITERIA FOR CHRONIZATION OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

Gofurova Z.A.-3rd year master of neonatology department

*Supervisor: Dzhuraeva Kh.Z. - Department of Optional Pediatrics and Neonatology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. In recent years, new data have been obtained indicating the pathogenetic role of endotoxins, the adhesiveness of microorganisms, the structural and functional state of cytomembranes, as well as some immunological and immunogenetic mechanisms of the formation of the microbial-inflammatory process in the urinary system.

At the same time, despite the large number of studies devoted to various aspects of the etiology and immunopathogenesis of urinary tract infection (UTI), there are still many unresolved questions in this problem.

So, until now, such issues as the intensity of phagocytosis, the differentiation of T-lymphocyte subpopulations, the nature of the cytokine response, as well as the allelic polymorphism of the HLA-system genes that affect the formation, course, prognosis and outcome of the inflammatory process, remain insufficiently studied and controversial. in the kidneys.

Thus, the study of the poorly studied pathogenetic mechanisms of the primary response of the immune system to urinary tract infection, the identification of individual, genetically determined features of the immune response in the dynamics of the pathological process in the kidneys, will make it possible to study new aspects of the etiopathogenesis of PN, which are far from being resolved.

Purpose of the study. Identification of clinical, immunological and immunogenetic criteria for the activity and chronicity of various forms of PN in children for the purpose of early diagnosis, predicting the course of the disease and optimizing pathogenetic treatment.

Material and research methods. To solve the set tasks, a clinical, laboratory, instrumental and immunogenetic examination was carried out of 104 children diagnosed with PN at the age from 3 to 16 years, living in the city of Andijan. The comparison group consisted of 28 children of the same age who belonged to groups I-II of health, in whose anamnesis during the last two months there was no indication of past diseases and preventive vaccinations.

Research results. Clinical and paraclinical characteristics of PN in children of both age groups at the present stage is manifested by various degrees of activity of the inflammatory process, has a predominantly chronic course, secondary nature, due to the presence of combined kidney damage at the level of tubulointerstitial tissue, obstructive uropathies, contributing to the disturbance of urohemodynamics and chronicity of the disease. In children of the younger age group, intoxication, abdominal and dysuric syndromes were most often detected, while in the older age group dysuric and pain syndromes prevailed. Urinary syndrome was recorded with the same frequency in different variants of the course of the disease in children of both age groups.

The immune status in children with PN is characterized by a violation of the main links of immunogenesis - the processes of activation, proliferation, and effector functions of the immune system. The revealed multidirectionality of these changes depends on the initial state of the immune system, against which the pathological process in the kidneys develops.

A feature of the immune status in the acute course of PN is its more pronounced disorders in the primary form of PN, which confirms the leading role of the immune system dysfunction in its genesis. In the chronic course of the disease, the severity of changes in the immune system is more clearly traced in the secondary form of PN against the background of morphological and functional changes in the MF that contribute to the chronicity of the disease.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

The minimum degree of activity of the inflammatory process in combination with changes in the immune status of children with PN in the form of impaired maturation stages, processes of differentiation and activation of immunocompetent cells, increased readiness of lymphocytes for apoptosis, as well as impaired effector and elimination functions of the immune system are an unfavorable prognostic sign predisposing to protracted, recurrent course of the disease.

Conclusion. A comprehensive assessment of the immune status in children with PN, regardless of the clinical variant of its course, will allow a differentiated approach to the prescription of immunocorrective drugs that increase the effectiveness of basic therapy in order to prevent further progression of the disease and improve the quality of life of children with PN.

The presented differences in immunogenetic changes depending on the age of patients, the clinical variant of PN, the nature of its course and the morphofunctional state of the kidneys can be used to clarify the diagnosis, prognosis of the disease and the appointment of pathogenetic treatment.

Determination of the specificities of the HbA system can be used both at the level of population studies, in groups at increased risk of developing PN, as well as at the stages of early diagnosis of the disease and to determine the individual prognosis of the disease.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME DURING COVID-19 PANDEMIC

*Gaffarov X.A., Assistant Professor of Infectious Diseases
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Although there was a decrease in hospital admissions for patients with acute coronary syndrome (ACS) during the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic, clinical characteristics of these patients have not been fully understood. In December 2019, coronavirus disease 2019 (COVID-19) infected with pneumonia caused by coronavirus severe acute respiratory syndrome (SARS-coronavirus-2) occurred in Wuhan, China with subsequent worldwide transmission to a pandemic outbreak.

Purpose of the study. The aim of this study is to study the incidence, clinical manifestations and characteristics in patients with ACS during the COVID-19 pandemic. We spent Retrospective analysis of consecutive patients admitted for ACS at our hospital between March 11 and October 20, 2020.

Materials and research methods. We conducted an observational survey to collect data from all consecutive patients who underwent emergency angiography for suspected ACS between March 11 and October 20, 2020. ACS was defined as ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), non-ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), or unstable angina. The time from symptom onset to first medical contact (MVP) was defined as the time from the time the patient reported onset of chest discomfort to the moment of MVP. The time from MVP to device was defined as the time from MVP to the time of successful wire-crossing during percutaneous coronary intervention.

Research results. A total of 106 patients were included for the period of 2020. The number of patients with acute myocardial infarction (AMI) dropped sharply (decrease by 39.5%), while the number of patients with ST-segment elevation MI was similar. Likewise, the number of admissions to the cardiology department decreased by 42%. All temporal components of STEMI treatment during the COVID-19 outbreak were similar compared to the previous year's dataset. The STEMI subgroup could not be registered.

In terms of hospital mortality (4% versus 7%, $p = 1.00$), average length of hospital stay (4 days [interquartile range (IQR) 3]. –5 days] versus 4 days [IQR 3-7 days], $p = 0.81$), baseline troponin I levels ($0.75 \mu\text{g} / \text{L}$ [IQR $0.20\text{--}5.64 \mu\text{g} / \text{L}$] compared with $1.61 \mu\text{g} / \text{L}$ [IQR $0.16\text{--}6.59 \mu\text{g} / \text{L}$], $p = 0.62$) and at the peak ($88.81 \mu\text{g} / \text{L}$ [IQR $30.07\text{--}223.93 \mu\text{g} / \text{L}$] versus $81.08 \mu\text{g} / \text{L}$ [IQR $40.68\text{--}155.80 \mu\text{g} / \text{L}$], $p = 0.77$), baseline brain natriuretic peptide (BNP) levels ($36 \text{ ng} / \text{L}$ [IQR $21\text{--}79 \text{ ng} / \text{L}$] versus $65 \text{ ng} / \text{L}$ [IQR $31\text{--}246 \text{ ng} / \text{L}$], $p = 0.17$) and left ventricular ejection fraction (LVEF) at baseline ($52 \pm 11\%$ versus $50 \pm 12\%$, $p = 0.62$). Among 106 patients with ACS in 2020, 7 patients with ACS tested positive for COVID-19. Clinical features of patients with COVID-19 undergoing cardiac catheterization for ACS. ACS patients with COVID-19 tended to have shortness of breath (57% versus 23%, $p = 0.07$) rather than chest pain (57% versus 86%, $p = 0.08$). The incidence of STEMI and STEMI was similar between patients with and without COVID-19, while myocardial infarction (MI) type 2 was more common in patients with COVID-19 (29% vs 4%, $p = 0.0497$). Interestingly, not only the levels of C-reactive protein ($70 \text{ mg} / \text{L}$ [IQR $19\text{--}267 \text{ mg} / \text{L}$ versus $4 \text{ mg} / \text{L}$ [IQR $4\text{--}18 \text{ mg} / \text{L}$], $p = 0.006$), but also D-dimer levels at the initial levels ($5650 \mu\text{g} / \text{L}$ [IQR $1905\text{--}13\ 625 \mu\text{g} / \text{L}$] versus $400 \mu\text{g} / \text{L}$ [IQR $270\text{--}1050 \mu\text{g} / \text{L}$], $p = 0.02$) were significantly higher in patients with COVID-19 than in patients no Patients with COVID-19. Patients with COVID-19 had longer hospital stays (16 days [IQR 3-18 days versus 4 days [IQR 2-6 days], $p = 0.03$) and a higher incidence of acute respiratory distress syndrome (29% versus 0%, $p = 0.003$) and venous thromboembolism (29% versus 0%, $p = 0.003$).

Conclusions. In conclusion, we note that during the COVID-19 pandemic, there was a significant reduction in hospital admissions for AMI. Prehospital evaluation by the emergency service could play an important role in the timely revascularization of STEMI patients. Further research is needed to create a dedicated diagnostic pathway for

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ACS patients with COVID-19, aimed at minimizing the risk of infection for healthcare workers. We acknowledge the following limitations. First, the analysis was based on a dataset from just one hospital with uncertain generalizability. Second, due to the retrospective nature of this study, there were inherent limitations associated with the co-financing of known or unknown factors. Third, the study period was limited to 8 months, depending on the period of the pandemic in our region.

VARIANTS OF MANIFESTATION AND EARLY DIAGNOSTICS OF NEW CORONAVIRUS INFECTION

*Gaffarov X.A., Assistant Professor of Infectious Diseases
Andijan State Medical Institute*

Introduction. The first outbreak of a new coronavirus infection (SARS-CoV-2) began in the Chinese province of Wuhan in December 2019. To date, about 117 million cases of coronavirus infection have been identified in the world. 66.4 million patients recovered, 2.6 million patients died from complications of the disease. To date, about 17.8 million PCR tests for a new coronavirus infection have been carried out in the Russian Federation, most of which have not been confirmed.

Materials and methods. The study involved 65 patients who sought medical help at the "KGSSMP" public health care institution in the city of Kursk. The average age was 67 ± 8.2 years. When collecting anamnesis and objective examination, the presence of contact with infectious patients was found out, anamnesis of the disease and data for chronic diseases aggravating the course of this viral infection (diabetes mellitus, hypertension, coronary heart disease, a history of heart attacks and strokes) were collected, the main complaints were identified, body temperature, oxygen saturation, blood pressure were measured, an examination of the upper respiratory tract and auscultation of the lungs were carried out.

Results. The study found that only 10.8% (7) had established contact with infectious patients who tested positive for SARS-CoV-2. The remaining 89.2% (58) denied contact, but noted that they had been in public places (shopping centers, catering facilities, private and state healthcare facilities) at least once in the last 10-14 days. The overwhelming majority of patients (90.7% - 59) with the onset of the disease noted catarrhal phenomena, an increase in body temperature to $37.5-38.0^{\circ}\text{C}$, dry unproductive cough, muscle pain, headache, loss of smell (62% of respondents) and taste (49% of respondents). At the time of examination, the body temperature was: $36.0-36.9^{\circ}\text{C}$ (17 - 26.2%); $37.0-37.9^{\circ}\text{C}$ (41 - 63.1%); $38.0-38.9^{\circ}\text{C}$ (7-10.8%). Blood oxygen saturation: 88-92% - 2 patients, 92-95% - 28 patients, 96-99% - 35 patients. Blood pressure (BP) comparable to the so-called. The "working blood pressure" in most cases was within the normal range, but one patient had arterial hypotension (80/60 mm Hg). Upper respiratory tract catarrh was observed in 70.8% (46) of patients. Auscultation revealed weakened vesicular breathing in the lower parts of the lungs in 49 patients (75.6%), moist fine bubbling rales in the lower parts of the lungs in 16 patients (24.4%), which could indicate the development of community-acquired pneumonia. It is worth noting that 58 out of 65 patients (89.2%) who sought help had a positive PCR test for the determination of SARS-CoV-2.

Conclusions. A new coronavirus infection begins and proceeds like a classic ARVI, misleading patients. Most of them believe that they are able to cope with the disease on their own or with the help of the appointment of a local therapist, without being hospitalized in an infectious diseases hospital. Compliance with general recommendations, social distance, personal hygiene rules and timely detected coronavirus infection allow not only keeping the incidence rate of the population from growing, but also leading to its decrease.

ANTIBACTERIAL THERAPY OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED PATIENTS

*Dilshodov A.D., Bektashev I.B.-medical faculty 6 stage students
Scientific advisers: Khakimova R.A., Maksumova D.K. - phthisiology department
Andijan state medical Institute*

Relevance. The growing prevalence of HIV infection in many countries in the world is becoming a serious problem and complicates the fight against tuberculosis.

Objective: to evaluate the effectiveness of standard regimens of antibacterial therapy for patients with pulmonary tuberculosis with combined 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 regional TB dispensary.

Results. There were 35 men (85, 4%) and 6 women (14, 6%). Moreover, the men who were ill were found to have abused alcohol-24, 4%, and smoked - 68, 3%, 14,6% they were released from prison. 12 (29, 3%) patients had oropharyngeal candidosis, 15 (36, 6%) – lymphadenopathy, and 12 (29, 3%) patients with HIV - cachexia. Of the clinical forms of tuberculosis prevailed infiltrative TB — 17 (41, 5%), disseminated - 12 (29, 3%), fibro –

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

cavernous (is that a person on TB records) - 5 (12, 2%), focal in 4 (9, 8%) is a person who, together with HIV status at the same time revealed tuberculosis. Cavernous and exudative pleurisy - one patient each. Bacteriogenesis was detected by bacterioscopy in 12 (29, 3%) patients, GeneXpert RIF in 6 (14, 6%) patients, and 1 of them was found to be multidrug-resistant.

The x-ray pictures of patients looked like this: a one-sided process in 19 (46, 3%) patients, a two-sided process was observed in 22 (53, 7%) patients. With the defeat 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, an increase in ESR in 36 patients. In 12 patients with disseminated tuberculosis, CD-4 lymphocytes were below 200. All patients received standard chemotherapy with basic anti-TB drugs, and one patient was started with drug-resistant tuberculosis chemotherapy according to who recommendations. Pathogenetic and symptomatic therapy was also included in the complex treatment. Violation of the chemotherapy regimen was observed in 5 (9, 8%) patients, which shortened their hospital stay.

Treatment efficacy was assessed by cessation of the discharge and closing of disintegration cavities. Abaculation by bacterioscopy in 3-4 months from the beginning of antibacterial therapy occurred in 6 (14, 6%) patients. Positive dynamics of treatment was observed in 21 (51, 2%) patients, without dynamics - in 3 (7, 3%), slight improvement — in 6 (14, 6%) patients. Progression of the process was revealed — in 2 (4 9%) fatal outcome - 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 state in patients with HIV infection, the development of other opportunistic diseases and frequent violations of the regime among this category of patients.

MYCOBIOTA OF FAMILY SOLANACEAE (TOMATOES, EGGPLANTS, BULGARIAN PEPPER, POTATO) IN FERGANA VALLEY

Jokhongirova O.N., Rasulov U.Sh.

Andijan Institute of Agriculture and Agrotechnology

Relevance. One of the most important tasks of our time is to supply the country's population with high-vitamin, environmentally friendly food products throughout the year. The solution to this problem should be carried out in the conditions of irrigated agriculture by applying the latest advances in agricultural technology, zoned and promising varieties and hybrids adapted to the conditions of the region, creating conditions for improving the quality and reducing product losses, with minimal energy consumption.

Purpose of the study. Scientifically substantiate agrotechnical methods for increasing the yield and quality of vegetable crops of the Solanaceae family (tomato, sweet pepper and eggplant) in the Fergana Valley. To develop industry standards for typical technological processes and industry standards for dried tomatoes, sweet peppers of biological maturity, eggplant - technical maturity.

Research results. The results of the carried out phenological observations of the growth and development of tomato plants grown on various backgrounds of fertilizers showed a certain dependence in the passage of phenophases on the applied fertilizers. Existing technologies for the cultivation of agricultural crops provide a sufficiently high yield in all zones of cultivation of agricultural plants. But the cost of a production product is always quite reliably estimated using these technologies.

Modern technologies for the production of agricultural products are based mainly on the use of non-renewable fuels, primarily oil and natural gas. The rapid reduction in the reserves of fossil fuels, a significant increase in their cost, makes us look for ways to save their use in agricultural production, as well as ways to develop fuel energy resources based on solar and wind resources (the so-called renewable energy sources).

At the same time, the analysis of the relationship between costs and energy output provides a more complete guide to work aimed at saving energy than a cash cost analysis. The energy assessment of the technological processes existing in modern vegetable growing makes it possible to single out the most energy-intensive operations and substantiate resource-saving agricultural practices for the cultivation of vegetable crops. One of the most important indicators of growth in production efficiency is the increase in the productivity of social labor.

This indicator is influenced by a number of factors, but the main one is the increase in the capital-labor ratio. In agriculture, with an increase in the capital-labor ratio by 17.5 times, labor productivity rises 4 times.

Output. Based on the analysis of the obtained long-term research material, OSTs have been developed for technological production processes and technical specifications for products, as well as technical specifications for dried products of tomatoes, sweet peppers and eggplant; -established optimal modes for transportation and storage of vegetable products, ensuring high safety; -developed a new resource-saving technology of solar-air drying of the marketable (non-standard) crop of nightshades; the finished dried product is confirmed by the OST introduced in 2003 for the first time with the right to issue certificates; - scientifically substantiated the use of by-products of seed growing of tomatoes and sweet peppers.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

THE ADVANTAGE OF MODERN ORTHOPEDIC TREATMENT OF CLUBFOOT

Jumamuratova Iroda Ilhomboy kizi - 4th course student

Scientific adviser: c.m.s. Nurimov Gayrat Kadambaevich - Urgench branch of TTA, Khorezm Regional Center for Rehabilitation and Prosthetics of Persons with Disabled

Annotation: Clubfoot belong to the group of congenital diseases of the locomotor system and is characterized by equino-cavo-varus deformity of the toe claw. Clubfoot remains one of the most pressing problems of modern orthopedics. Clubfoot is a most common of all musculoskeletal disorders (35-38% of all congenital deformities), with a high risk of disability if not treated in a timely and appropriate manner. This congenital deformity is twice as common in boys as in girls, and in our country about 3,000 babies a year are born with this defect. Late parental referral and surgical treatment of the disease can also lead to many complications and an increase in disability rates.

Key words: clubfoot, congenital deformation, cavus, equinus, varus, plaster, axillotomy, brace, Ponseti methods.

Aim: To reduce disability by early diagnosis of clubfoot and early initiation of treatment with modern orthopedic methods. As a scientific material of the study, 13 boys (65%) and 7 girls (35%) aged 1 week to 7 years were born with 20 clubfoot, who have been treated and dispensary control since 2020 on the basis of the Khorezm Regional Center for Rehabilitation and Prosthetics of Persons with Disabled of the Urgench branch of TTA. was obtained. They were divided into two groups: Group 1: 12 patients who were clearly diagnosed by early screening of clubfoot during fetal development and applied at an early stage. Group 2: 8 patients who were born with a clubfoot defect but went late to the doctor. Treatment of clubfoot was carried out in two ways: conservatively and operatively. Today, the most effective method in the treatment of clubfoot is the step-by-step application of the treatment by the method of Ponseti (I. Ponseti 1950, performed in 3 stages: 1-plaster, 2-axillotomy, 3-brace). 1- the parents of the infants in the group were informed and explained about the defect from the time the disease was diagnosed (screening, orthopedic examination in maternity hospitals). The babies were monitored from birth, and from the first week they were treated with strict adherence to the Ponseti method. Plastering was performed in 4-6 stages, axillotomy if necessary, and plaster cast was placed for another 3 weeks after axillotomy. Brace was then transferred to the tire. Satisfactory and good results were achieved in 11 patients (91.7%). One of our patients had a recurrence of malaria as a result of the parents removing the Brace tire without early medical attention without following the regimen. The patient is currently undergoing re-casting. 2- Patients in the group were treated using conventional methods. As a result of treatment in 2 patients (25%) it was not possible to completely eliminate the abduction position of the equinus, toe.

Conclusion: Thus, if the treatment of this congenital defect is carried out in a timely and correct manner, i.e. through the Ponseti method, which is the "Gold treatment standard" for the treatment of clubfoot, a 91.7% good result can be achieved. The advantages of this method are: low cost, low trauma, light weight and high efficiency. Working in collaboration with screening centers and obstetricians allows not only early diagnosis of the disease, but also the reduce of disability by initiating treatment at an early stage.

POSSIBILITIES OF GENETIC STUDY IN PREVENTION OF OVERWEIGHT DEVELOPMENT AND OBESITY IN CHILDREN

Jurayev B. - student of the group 605of Pediatric faculty

Supervisor: Yunusov D.M. - Department of Propedeutics, Children Diseases andoutpatient pediatrics Andijan State Medical Institute

Relevance. Genetic research in pediatric practice can help create personalized dietary and therapeutic recommendations, as well as the implementation of appropriate physical activity.

Purpose of the study. To determine the presence of gene polymorphisms that contribute to the development of excess body fat, an increase in the rate of absorption of carbohydrates, in patients with overweight and obesity in order to create further personalized recommendations for diet therapy and physical activity.

Materials and research methods. The study involved 9 children (3 boys and 6 girls) aged 6 to 10 years. Anamnesis was collected, an objective examination of patients, a biochemical blood test (lipid profile, fasting glucose), hormonal examination (insulin, TSH).

Research results. All children underwent a genetic examination based on DNA analysis (material - buccal epithelium) with determination of gene polymorphisms: FABP2 gene, which regulates the rate of fat assimilation; the PPARG gene, which affects the growth rate of fat cells; gene ADRB2, which affects the rate of consumption of carbohydrates in the blood during exercise; gene TCF7L2, which regulates the rate of insulin secretion upon glucose intake.

Overweight were 4 patients, obesity 1 degree - 2; 2 degrees - 2; obesity of the 3rd degree - 1 child. All nine patients were found to have unfavorable gene polymorphisms that contribute to the violation of fat metabolism. According to DNA analysis, 5 children showed a reduced rate of consumption of carbohydrate reserves in response

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

to an increase in the level of adrenaline in the blood. 4 children were found to have a genetic predisposition to a decrease in the rate of insulin secretion in response to glucose intake.

In a patient with grade 3 obesity, all studied gene polymorphisms were found that negatively affect carbohydrate and fat metabolism.

Conclusion. All patients showed a genetic predisposition to metabolic disorders of fats and carbohydrates. 9 patients showed a predisposition to impaired fat metabolism, and 5 out of 9 patients to impaired carbohydrate metabolism.

PREDICTION OF THE RISK OF RESPIRATORY DISORDERS AND THEIR COMPLICATIONS IN NEWBORNS

Jurayev F. - student of the group 614 of Pediatric faculty

*Supervisor: Yunusov D.M. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Perinatal infections and sepsis are common complications in newborns with respiratory distress. The criteria for sepsis used in practice are not specific enough, as a result of which methods for predicting the infectious process in newborns have not been spread in wide clinical practice. In the light of modern concepts of sepsis, we believe that polymorphic variants of cytokine and angiotensin-converting enzyme (ACE) genes may affect the development of septic complications in newborns with respiratory disorders.

Since the presence of one risk factor may not always be the cause of a particular disease, prognosis combining anamnestic, clinical and genetic risk factors, in our opinion, is of great practical importance, since it will make it possible to correct the treatment of diseases.

Purpose of the study. Conduct a comprehensive assessment of risk factors to develop criteria for predicting the development of respiratory disorders and their infectious complications in newborns.

Materials and research methods. To fulfill the objectives of the study, two samples of newborns were formed. Term patients (n = 127) are represented by subgroups of healthy children without respiratory disorders - "control 1" (n = 100) and patients with pneumonia - "patients 1" (n = 27). The group of premature patients (n = 81) is represented by premature patients without respiratory disorders - "control 2" (n ~ 27) and patients with respiratory distress syndrome of newborns - "patients 2" (n = 54). Research results. Criteria for inclusion in the subgroups "patients 1" and "patients 2": the presence of severe DN from the first hours from birth, requiring respiratory therapy, treatment under conditions of neonatal resuscitation. Exclusion criteria: congenital malformations, malformations of the central nervous system. The comparison subgroup "control 1" included practically healthy full-term newborns without respiratory disorders, discharged from the maternity hospital on the 4th-5th day of life.

Risk factors for pneumonia in full-term newborns are: gestosis, chronic placental insufficiency, placental abruption, operative delivery in the mother, male sex, birth asphyxia. Risk factors for respiratory distress syndrome in premature infants are: chronic placental insufficiency, acute inflammatory diseases of the mother during this pregnancy.

The C allele of the polymorphic locus 15800T of the 4th exon of the BTT gene and the allele in the polymorphic locus 252A> 0 of the LTA gene are risk factors for the development of respiratory distress syndrome in newborns.

Computational prediction of the risk of developing pneumonia and respiratory distress syndrome in newborns using prognostic tables is possible.

Polymorphic variants of the I-III gene are associated with the development of infectious complications (sepsis) in newborns.

Conclusion. New risk factors (genetic markers) for the development of respiratory disorders in newborns have been identified. A complex of informative anamnestic, clinical, laboratory and genetic factors was identified that determine the prognosis of the development of respiratory distress syndrome and pneumonia in newborns.

PECULIARITIES OF THE CURRENT OF THE PURPOSE IN CHILDREN AT THE MODERN STAGE

Jurayeva Moxidil - student of the group 611 of Pediatric faculty

*Supervisor: Yunusov D.M. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. In the structure of diseases of the digestive system in children, the leading place is occupied by the pathology of the upper digestive tract (UGT), which is characterized by steady growth. Currently, the incidence of gastroduodenal pathology, depending on the region of Russia, ranges from 15-48%. At the same time, the frequency of detection of gastroduodenitis (GD) and peptic ulcer of the duodenal bulb (DU) in children slightly decreased from 60% to 50% and from 10.7% to 7.2%, respectively, the frequency of gastritis and duodenitis remains at a stable level - 20-25% and 1517%, respectively, while the pathology of the esophagus increased 2.5 times.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Peptic ulcer disease (PUD), despite its centuries-old history and the progress achieved in the study of etiology and pathogenesis, as well as the development of the basic principles of diagnosis and treatment, continues to arouse interest, both from a scientific and practical point of view, due to its prevalence, frequent recurrence, the development of severe complications leading to a decrease in the quality of life of patients of any age.

Purpose of the study. The optimization of the provision of assistance to children suffering from ulcer, taking into account the peculiarities of its clinical, endoscopic and morphological manifestations and the nature of the course at the present stage.

Materials and research methods. To solve the set tasks, we conducted a study consisting of 2 stages:

Stage 1: Retrospective analysis of the results of a clinical endoscopic study of 2000 children (1128 boys and 872 girls) with ulcer, aged 3 to 18 years (mean age 12.8 ± 3.64 years),

Stage 2: Analysis of clinical, endoscopic and morphological parallels of the course of the ulcerative process, as well as assessment of the quality of care for children with DU at the present stage. For this purpose, 151 children (133 boys and 18 girls) with DU aged 7 to 18 years (mean age 13.7 ± 1.9 years ($p = 0.05$)) were examined, who were treated in the gastroenterology department of the AOMPDB. ...

Research results. In children with DU, there are structural changes in CO, which determine the state of the factors of aggression, marked by significant differences in gender, and protection factors, which are characterized by an individual complex balance of morphological parameters.

Hyperplasia of the glands of the gastric corpus, an increase in the relative number of parietal cells in the composition of the glands, hypotrophy of the mucous membrane and a decrease in BF secretion, characteristic of most patients with duodenal ulcer, reflect important processes involved in the formation of duodenal ulcer in children, which makes them significant both from the point of view of morphological diagnostics and from the standpoint of choosing the tactics of pathogenetic therapy.

Structural changes in the mucous membrane and the severity of Hp infection in children with DU change synchronously, as evidenced by the CO thickness indicator, as well as the depth of the TG and AoF glands, depending on the degree of Hp infection.

Analysis of the structural changes in the mucous membrane depending on the function of acid production showed that an increase in the secretory function of the stomach is accompanied by an increase in the average depth of the glands of the TG. Against the background of high gastric secretion in all children, the TG glands have a significant increase in the number of parietal cells and a decrease in the relative number of the main cells that produce pepsin and gastric lipase.

Failure to comply with the diagnostic standards for DU and the tactics of dispensary observation of children suffering from this pathology reduces the quality of medical care for this category of patients, which leads to late diagnosis and an increase in the frequency of recurrence of the disease in children.

Conclusion. As a result of the study, it was shown that the timely diagnosis of DU in children is based on knowledge of current trends in the course of the disease, the role of hereditary factors in its formation, as well as adherence to diagnostic standards, adequate treatment, regular dispensary observation and prevention of relapse. All of the above makes it possible to achieve stable clinical and endoscopic remission of DU for many years and significantly improve the quality of life of patients with this common childhood pathology.

DIAGNOSTICS OF RISK FACTORS FOR THE FORMATION OF COMPUTER DEPENDENCE IN ADOLESCENTS

*Completed by: Zhuraeva S.T., 2nd year student of the Faculty of Professional Education,
Scientific adviser Sadikova U.M., Department of Social Hygiene and EHP
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The problem of computer addiction is one of the most acute and pressing problems of modern society. In order to increase the effectiveness of the work of a social teacher, aimed at the prevention of computer addiction in adolescents, it is necessary to carry out diagnostic activities to identify persons prone to the development of addictive behavior.

Each type of prevention (primary, secondary, tertiary) has its own specifics and target group, and therefore it is necessary to know what type of preventive work is in demand in working with modern adolescents.

Purpose: to identify risk factors for the formation of computer addiction in adolescents.

Material and methods. Data of anonymous survey of students in grades 7-11 of general education institutions in Andijan. A total of 234 people were interviewed (63.2% of boys and 36.8% of girls). Statistical processing of the results was carried out on a personal computer using the Microsoft statistical software package.

Results. 97.7% of students have a computer at home, 89.3% of them have free access to the Internet. 93% of girls and 99% of boys are registered on social networks. Adolescents spend an average of 3.3 hours a day at the computer; with age, the time spent behind the monitor increases.

The goals of computer pastime are gender-specific. Girls spend most of their time (79.74%) on social networks. Boys (more than 60%) devote most of their time to role-playing games. Overprotection of parents causes an increase in addiction among boys by 3.7% and, conversely, reduces its formation among girls.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

The only social factor contributing to the reduction in the number of dependent schoolchildren, regardless of gender, is the number of friends among classmates: the more friends, the less manifestations of signs of the formation of computer addiction - by 7.9% among boys and by 12.8% among girls.

Conclusions: Thus, taking into account the ethical and psychological characteristics when carrying out information work with children and parents, it is possible to avoid stigmatization of children undergoing testing and reduce the fear of parents about this procedure.

Despite all the difficulties and ethical subtleties, diagnostic work is necessary, since it is it that is the starting point for further determining the route of prevention of addictive behavior. Based on the data obtained, the social educator must determine the forms and technologies of work with adolescents. Correctly selected form of work (individual or group), as well as the use of various technologies, especially innovative ones, will determine the effectiveness of prevention.

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE CREATION OF SOCIAL AND HYGIENIC HEALTH MONITORING OF THE POPULATION AND THE HABITAT AS A TOOL FOR MAKING SCIENTIFICALLY BASED DECISIONS

*Completed by: Zhuraeva S.T., 2nd year student of the Faculty of Professional Education,
Scientific adviser Sadikova U.M., Department of Social Hygiene and EHP
Andijan State Medical Institute*

Relevance. An important trend in the development of modern clinical and preventive medicine is the increased attention to identifying risk factors for health disorders in the population and the formation on this basis of a set of measures to ensure hygienic safety.

Numerous studies of the processes of interaction of the human body with the environment convincingly indicate the need to further study the influence of environmental factors on health and justify a set of preventive measures in order to improve the quality of the environment, create safe working and living conditions for the population.

Purpose of the work: scientific substantiation of the system of measures to minimize the impact of adverse environmental factors on the public health of the population at the regional level.

Research methods. At the present stage, the solution to this problem is based on the development of a health risk assessment methodology, the formation of effective information and analytical systems of social and hygienic monitoring with the inclusion of biomonitoring and pre-nosological diagnostics in the practice of research.

Research results. Significant correlations were revealed between the coefficient of complex technogenic load and the real risk of general morbidity in children ($r = 0.66$), respiratory diseases ($r = 0.62$), injuries and poisoning ($r = 0.53$), diseases of the digestive system ($r = 0.41$). The share contribution of air pollution (11.3%), drinking water (13.2%), soil (13.3%), noise factor (7.9%) to the real risk of general morbidity in children has been established. The contribution of environmental factors to the value of the real risk of morbidity in the adult population is 19.4-20.1%.

The standard of living is assessed as low in 27.2-43.5% of the population and average - in 37.6-44.2%; the etiological share of social factors in the formation of population health is 33.11-60.24%. The evidence base for the negative effect of social factors is the results of monitoring the health of the child population based on the assessment of the reactivity of the immune system with the calculation of the integral cytokine index (IC), which increases the diagnostic significance of interleukins by 2.02-3.05 times. The average IC level was significantly ($p < 0.01$) higher in the group of adolescents from a disadvantaged social environment as compared with schoolchildren living in favorable conditions (0.63 and 0.25 conventional units, respectively); the proportion of persons with $IC > 1$ conv. units in groups it was 12.5% and 6.4%, respectively.

The increase in the incidence rate of the child population is due, along with the technogenic load, to social factors and a decrease in the body's immunological resistance: in children from socially disadvantaged families, a pronounced increase in the seeding rate of skin microflora by 182-300% was noted with a 10-minute exposure (versus 136 150% in socially prosperous children) and by 318-821% (versus 182-212%) with a 15-minute exposure; average level of Kc6. in the saliva of children from socially disadvantaged families, it is significantly higher (4.2; $p < 0.01$) in relation to the group of children from socially prosperous families (1.3).

Analysis of the level of socially significant diseases (tuberculosis, syphilis, gonorrhea) indicates a positive trend in 2007-2010. in relation to 2001-2006 A decrease in the incidence of tuberculosis is predicted to 66 per 100 thousand of the population; syphilis - up to 23 per 100 thousand of the population; gonorrhea - up to 4.6 per 100 thousand of the population, while, with the continuing trend, an increase in the incidence of HIV infection is expected to 20.6-30.6 per 100 thousand of the population.

Conclusions. The study made it possible, on the basis of the analysis of the sanitary and hygienic situation and morbidity of the population and the subsequent assessment of the risk to the health of the population, to develop a regional model of hygienic provision of the safety of the environment and protection of public health, the practical implementation of measures of which was implemented as part of the implementation of regional programs to

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ensure sanitary and epidemiological well-being and prevention. morbidity of the population: Based on the research materials, a set of methodological and informational-analytical documents has been developed.

RATIONALE FOR THE APPLICATION OF METABOLIC AGENTS IN THE COMPLEX TREATMENT OF HYPOTROPHIA IN CHILDREN OF EARLY AGE

Inakova Zebiniso - student of the group 518 of Pediatric faculty

*Supervisor: Akhrorkhonov R.A. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Malnutrition is accompanied by a delay in the maturation of other systems: nervous, endocrine, immune, digestive, mental development slows down, which aggravates the course of malnutrition, creating a vicious circle.

At the same time, diagnostic and therapeutic measures for malnutrition are currently focused more on the identification and correction of enteric failure, nutritional support, which is often ineffective. Indications for the use of metabolic agents have not been worked out, therefore they are prescribed empirically. This worsens the prognosis, first of all, with severe degrees of malnutrition, causing high disability and mortality.

Purpose of the study. To substantiate a differentiated approach to the use of metabolic agents in the complex treatment of malnutrition in young children, taking into account the peculiarities of the protein composition of blood serum.

Materials and research methods. There were 138 children under our supervision at the age of 1 -35 months. To fulfill the tasks of the dissertation research, a "population" sample was created with the allocation of two groups of clinical observation: 75 children with malnutrition and 63 children with normal physical development.

Research results. In modern conditions, the structure of malnutrition in young children is dominated by secondary endogenous malnutrition due to a complex of prenatal influences leading to intrauterine growth retardation, and postnatally - prematurity, congenital malformations.

The state of health of young children with malnutrition is characterized by a lag in psychomotor development, a decrease in general resistance and persistence of perinatal infections, anemia, and enteric insufficiency.

Routine methods for diagnosing violations of protein metabolism in case of malnutrition, such as the level of total protein and its main fractions, are not sufficiently reliable and do not allow identifying the direction of deviations.

A comprehensive assessment of the content of serum transferrin and α_1 -antitrypsin in children with hypotrophy with the calculation of the protein catabolism index makes it possible to identify the direction of protein metabolism and to prescribe metabolic agents differentially.

In modern conditions, in the treatment of children with malnutrition, the appointment of a diet with a high protein content is advisable only after determining the direction, and if necessary, correcting its metabolism.

Conclusion. A differentiated approach to the prescription of metabolic drugs (anabolic agents and nutritional support with an anti-catabolic orientation) was developed, the tactics of treating protein-energy malnutrition in children was substantiated (according to the data of clinical and metabolic parameters).

The established patterns make it possible to optimize the diagnosis of malnutrition and increase the effectiveness of treatment by differentiated prescription of metabolic agents as part of complex therapy.

STUDY OF THE EFFECT OF COLON DISEASES ON ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF CHILDREN UNDER 18 YEARS OLD

Isakova N.R. - assistant of the Department of Normal and Topographic Anatomy

*Maxmudova X.T. - assistant of the Department of Normal and Topographic Anatomy
Fergana Public Health Medical Institute*

Relevance: A lot of work is being done in our country to develop the medical field, provide modern equipment, prevent various somatic diseases, achieve the effectiveness of the assessment of anthropometric and morphometric characteristics of children. Anthropometric indicators of children are also a key indicator of their state of health, and growth retardation is the first sign of the manifestation of chronic diseases. In this regard, the prevention and timely correction of the development of chronic pathological conditions is of scientific and practical importance. It should be noted that as a result of the violation of the norms of adaptive reactions in the body of children under the influence of various factors, the origin and development of donosological conditions, the younger generation shows deficient and increased morbidity.

Aims and objectives of the study: Determination of anthropometric indicators of children under 18 years of age in the cities and districts of Fergana region. Regional assessment and comparison of the results.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Research Methods: Anthropometric and statistical methods are used to solve the research tasks and achieve the goal.

Results of the research: Our research work consisted of 3 stages, in the 1st stage the anthropometric indicators of children under 18 years of age living in Fergana region were measured. In particular, their body mass index was determined based on height and body weight. The results were compared with the norm. Children under 18 years of age with abnormalities in age and gender were observed in the dynamics. Accordingly, 234 children (127 girls and 107 boys) were observed in the dynamics of school No. 1 in Fergana.

The following anthropometric parameters of the observed children were measured: height, body mass, head circumference, chest circumference, waist circumference, left and right shoulder length, left and right wrist length, left and right arm length, left and right paw, and fingers. length, left and right leg length, left and right thigh and calf circumference were measured. By regions, the following indicators were obtained: When analyzing the dynamics of physical development of children in the dynamics of school No. 1 in Fergana, a total of 89 (41 boys and 48 girls) children aged 7-18 years were found to be abnormal in terms of age and sex.

Conclusion: In the study of anthropology of children under 18 years of age, the causes of abnormalities were studied in connection with a number of factors, such as the ecological condition of the area, lifestyle, sanitary and hygienic requirements of drinking water, the level of adherence to a healthy lifestyle. attention was drawn. These anthropometric results were analyzed in relation to the age and sex of school-age children and conclusions were drawn. The increase in pathogenic microflora leads to disruption of the metabolism of vitamins and minerals and the process of their formation, and creates the basis for the development of diseases of the colon.

INFLUENCE OF EARLY ONCE OF SEXUAL LIFE ON THE OCCURRENCE OF CERVICAL DISEASES

Islomova S. - student of the pediatric faculty,

*Supervisor: Islamova Z.K. - Department of Obstetrics and Gynecology No.1
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Experts from the International Agency for Research on Cancer (Lyon, France), based on the results of a study among almost 20 thousand women, concluded that early sexual activity can provoke cervical cancer in women.

The trend towards a heterogeneous prevalence of cervical cancer in different segments of the population is observed throughout the world. This study confirms the double risk of cervical cancer associated with early onset of sexual activity. Also, as a result of this study, it was found that the timely detection of the disease has a certain influence on the development of cancer, but the number of sexual partners and smoking do not belong to oncogenic factors.

Purpose of the study. The aim of the work was to study the influence of early onset of sexual activity on the development of cervical pathology, to improve the diagnosis and treatment of cervical pathology, depending on the etiological factor.

Materials and research methods. We examined 32 patients at the age from 16 to 26 years old, who began their sexual activity at the age of 13-15 years. In 29 patients (90.6%), pathology of the cervix was revealed. All patients underwent determination of urogenital microflora by bacterioscopic method, ELISA method, PCR of papillomavirus infection of high oncogenic risk with genotyping, liquid cytology. Depending on the identified pathogens, the patients were divided into 2 groups.

Research results. The treatment provided normalization of the vaginal microflora and eliminated the manifestations of dysplasia. In 2 patients of the first group, during the control examination, the human papillomavirus was detected, however, the indicators significantly decreased. Thus, in patients who began to have sex early in 90.6%, pathology of the cervix was revealed. Most of the patients were diagnosed with human papillomavirus of high oncogenic risk, against the background of which there was cervical dysplasia of varying severity. The use of complex therapy for cervical pathology against the background of papillomavirus infection normalizes the vaginal biocenosis and eliminates the manifestations of dysplasia.

Conclusion. The early onset of sexual relations is a complex problem today. One of them is the risk of urogenital infection and the development of cervical pathology against this background. We have studied the influence of early onset of sexual activity on the development of pathology of the cervix. It was revealed that in patients who had early sexual activity, in 90.6% of cases, pathology of the cervix was revealed. Most of the patients were diagnosed with human papillomavirus of high oncogenic risk, against the background of which there was cervical dysplasia of varying severity.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

EXPERIENCE IN THE SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH OCCLUSION INTERNAL CAROTID ARTERY

Karimova K.D. - 5th year student of dental faculty

*Supervisor: Akbarova G.Kh. - Assistant at Department of FUV Pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Objective: The study results of surgical treatment in patients with occlusion of the internal carotid artery (ICA) and to determine effects in surgical rehabilitation.

Purpose of the study: Before and after the treatment was recorded ultra sound Doppler investigation Vmax (maximum systolic blood flow velocity) from the superficial temporal artery (STA) and from supratrochlear artery (STRA), the direction of blood flow in the STRA. All the patients studied neurological status before and after treatment. For quantify neurological deficit and in dynamics we used the scale Hachinsky.

Material and methods: Analyzed diagnosis and treatment methods in 42 patients with ICA occlusion who were hospitalized in angio neurological department in II clinical. 30 (71.4 %) patients were male. The average age was $55,6 \pm 5,9$ years. 7(18,7%) – patients with CHCVI III degree and in 36 (84.3%) patients was observed CHCVI, IV stage For diagnosis performed Doppler ultrasound (Doppler ultrasound), Duplex scanning, CT angiography, radiopaque angiography. 28 (64.6 %) patients was performed resection and banding of the internal carotid artery(ICA), endarterectomy from the external carotid artery (ECA) with putting patch; 3 (7.1%) patients - revision of the ICA , resection and ligation of the internal carotid artery; 9 (21.4 %) cases - a classic carotid endarterectomy;1(2.4%) patient - resection ICA redressationand reimplantation into the old mouth;1 (2.4%) patient with putting all oprostheses –to common and external carotid artery in 1 (2.4%) case - endarterectomy of the internal carotid artery, sub clavicular and internal carotid bypass. Surgical treatment were performed 6 to 24 hours after onset of clinical signs of ischemic stroke - in 2 patients; from 1 day to 30 days - 4 patients; 1 to 6 months - from 6; from 6 to 12 months - have 7; from 1 year to 5 years - at 14 and more than 5 years - 2 patients.

Results: The analysis of treatment results showed that 39 (92.9%) patients had a smooth postoperative course. In 2 (4.7%) patients developed recurrent acute cerebra vascular insufficiency (CVI), they held conservative therapy, in the dynamics of the regress of neurological symptoms; in 1 (2.4%) patients developed bleeding from the surgical wound, in that case the patient urgently was performed stop bleeding and resection anastomosis of the carotid arteries, with common and external carotid prosthesis. In long term period13 (30.9%) patients had significant regression of neurological deficit. In 14 (33.3%) patients showed improvement in neurological symptoms. Unfortunately in the late period 2 (4.7%) patients suffered recurrent stroke. After surgery operation Vmax of STA has increased from an average of $1,6 \pm 0,6$ to $2,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), but in the STRA - with $1,1 \pm 0,4$ to $1,8 \pm 0,6$ ($p > 0,05$). The direction of blood flow in the STRA has changed in to retrograde flow ("from the sensor").

Conclusions: Reconstruction ECA if it is impossible to restore the blood flow in the occluded ICA predict to prevent subsequent re-stroke, but also has a significant therapeutic effect in terms of surgical rehabilitation of patients with cerebra vascular disorders. For the study of cerebral hemodynamics in patients with occlusion of the internal carotid artery and its dynamics on the stages of surgical treatment should be carried out preorbital Duplex. The best results are achieved surgery in patients with a high degree of stenosis in the ECA. Results of operations are directly dependent on the degree of stenosis in the ECA, at the time elapsed after an ischemic stroke, the initial degree of neurological deficits.

AORTIC MORPHOMETRY IN CONNECTED AORTOPATHIES IN CHILDREN

Kodirov J. - student of 5th course of medical education direction

*Supervisor: Solieva M.O. - Department of Optional Pediatrics and Neonatology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. An increase in aortic diameters at different levels is common in patients with congenital aortopathies, which is a risk factor for the development of aneurysm, dissection and rupture of the aorta, i.e., complications with a fatal risk. Congenital aortopathies (VAo) that develop primary aortic dilatation include: aortic coarctation (AoCo), bicuspid aortic valve (DAK), aortic stenosis (StAo), ($HD > 30$ mm / H). Early diagnosis of these complications within AoC can be assessed by calculating the Z score.

Purpose of the study. Evaluation of aortic diameters to prevent the development of a serious, irreversible complication.

Materials and research methods. The study included 71 children with congenital aortopathies, of which 35 children with StAo, 29 children with AoCo, and 7 children with DAK. The average age was 9.26 ± 0.82 years. Of these, 52 are boys and 19 are girls. This sample was divided into two groups: children with VAo with aortic dilatation (group I) and children with VAo without aortic dilatation (group II).

Research results. Calculation of the Z score using echocardiographic data made it possible to estimate the diameters of the aortic segments, according to echocardiographic nomograms of the body surface in children. Children prone to dilatation or already with dilatation in the aortic segment were 42.2%, with a Z score of 2.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Children with AoKo developed aortic dilatation in 50% of cases. 30% of children with a dilated aorta were those with StAo with $hg > 30 \text{ mm / Hg}$. In DAK, 20% of children had an enlarged diameter. One of the 5 calculated diameters was the diameter of the valve ring: group I 17.0 ± 0.77 , and group II 15.4 ± 0.90 , $p > 0.05$. Aortic root diameter: Group I 26.03 ± 1.24 and 25.14 ± 0.89 Group II ($H 19.8-25.8 \text{ (mm)}$). Aortic arch diameter: group I 19.26 ± 0.49 , group II 15.73 ± 0.63 , $p < 0.001$. The diameters of the descending aorta were within 21.63 ± 0.49 in group I and 18.0 ± 0.72 in group II, $p < 0.001$.

Conclusion. Calculating the Z score, which includes aortic diameters assessed by echocardiography to the body surface, may predict the development of complications in children with VAo. Aortic dilation is common in children with VAo, especially AoKo or StAo.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Completed by: Kosimova D.N., student of group 203 direction of medical prevention

Scientific advisers: Agranovskiy M.L., Saliev M.M., Muminov R.K.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

Relevance. The problem of the mechanisms of occurrence, course and treatment of psychosomatic disorders in children is becoming more and more urgent for modern psychological science. The article presents an analysis of medical, social and psychological characteristics of children suffering from bronchial asthma, and from the risk group for its formation.

Purpose of the study. The purpose of this study is to study the psychological characteristics of children and adolescents with bronchial asthma for the experimental and methodological substantiation of the principles of prevention of psychosomatic disorders.

Research methods. For these tasks, we have developed a formalized express questionnaire that reveals a predisposition to a psychosomatic form of adaptation due to a violation of emotional response.

It is shown that the developed express questionnaire identifies three groups of health among adolescents: "healthy", "borderline" (adolescents without any chronic illness, but with health complaints, mainly of a psychogenic nature, "psychosomatic patients").

Research results. In children and adolescents with bronchial asthma, affective reactions are insufficiently realized in behavioral patterns and are blocked by "intellectual" control. Patients with bronchial asthma differ from healthy peers by greater adherence to social norms, increased responsibility, dependence on other people's opinions, caution, a depleted repertoire of feelings and a lack of spontaneity.

The behavioral manifestations of emotional experiences in healthy adolescents are distinguished by a large repertoire and flexibility. In children and adolescents with bronchial asthma, the content and range of these manifestations is much narrower and is described by a smaller set of logical rules, which leads to limitations of their adaptive capabilities and increases the risk of the disease. The identified and described "simitomocomplexes" make it possible to differentiate various mechanisms of control of emotions and the style of emotional response in patients with bronchial asthma.

Similar mechanisms of emotional response and behavioral manifestations identified in patients with bronchial asthma and adolescents in a "pre-morbid state" allow us to consider the blocking of the behavioral component of the emotional response caused by control mechanisms as one of the risk factors for the development of psychosomatic diseases.

For asthmatic children and children at risk for the development of bronchial asthma, the initial functional inconsistency of the morphological, immunological and metabolic processes of the preschooler's body is characteristic, leading to disharmonious development of the child and disruption of the course of adaptation processes.

The low burden of social anamnesis in the studied groups allows them to be classified as well-to-do.

In preschoolers with asthma and those at risk of developing asthma in the psychological status, a high level of anxiety and aggressiveness is revealed, while asthmatic children often have a low level of social behavior.

Parental education in the studied families is characterized by a high degree of family disorganization. In 90% of families raising children with BA, and in 63% of families raising children at risk of developing BA, various disorders of parental upbringing are observed.

The level of anxiety in mothers raising asthmatic children is significantly higher, and the level of aggressiveness is significantly lower than in mothers raising children from the high-risk group. Inadequate self-esteem is more common among mothers raising asthmatic children. Egocentrism is more often revealed in mothers raising children from the GVR. There are significantly more high values for factor B (intelligence), low values for factor F (impulsivity) and low values for a second-order factor (extraversion) in mothers raising children at risk of developing asthma than in mothers raising asthmatic children.

Conclusions. The revealed psychological factors contributing to the violation of somatic health in childhood and adolescence made it possible to substantiate the directions of psychological correctional work in order to prevent diseases and improve the health of students.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

A formalized express questionnaire has been developed for psychoprophylactic examinations of students in order to timely identify risk groups for the development of psychosomatic disorders (persons at the initial stage of the formation of a “structural attractor of the disease”).

HYPERTENSIVE AND VEGETATIVE CRISIS IN PREGNANT: EPIDEMIOLOGY, RISK FACTORS IN THE FERGANA VALLEY

*Kuziyeva G.A., Asrankulova D.B.
Department of Obstetrics and Gynecology №1
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Hypertensive disorders in pregnant women are the main among the most common and most important diseases and syndromes of the cardiovascular system. The significance of this problem is determined by the fact that pregnancy in women with hypertensive conditions is often accompanied by severe health problems and even the death of the mother (in some countries up to 40%), a high level of child and perinatal morbidity and mortality, as well as a number of obstetric complications.

Purpose of the study. To determine the prevalence of the main risk factors for complications of hypertensive and vegetative crises in pregnant women in the Fergana Valley.

Materials and research methods. The analysis of the primary medical documentation of pregnant women has been carried out. The preliminary sample included 86 women who were divided into 3 groups: the control group consisted of 20 women with physiological pregnancy, the 1st main group - 30 pregnant women with ADVS, the 2nd main group - 36 pregnant women with arterial hypertension.

Research results. Numerous studies have shown that the risk of pregnancy complications, one of which is preeclampsia, increases in women who have already had preeclampsia in a previous pregnancy; in the presence of antiphospholipid syndrome; diabetes mellitus; multiple pregnancy; first pregnancy; a history of increased blood pressure; an increase in body mass index at the beginning of pregnancy or in history; when the mother is over 40 years old; preeclampsia in relatives (mother, sisters).

Research by Basso et al. show that it is necessary to take into account the interval between births, because preeclampsia is mainly a disease of the first pregnancy and a factor in partner change. Preeclampsia developed in 3.9% of women during the first pregnancy, in 1.7% during the second pregnancy, and in 1.8% of women during the third pregnancy when the woman was with the same partner. The risks of a second or third pregnancy are directly related to the time that has passed since the previous pregnancy, and when the interval is 10 years or more, the risk approaches that of nulliparous women. The protective effect of a previous pregnancy against preeclampsia is temporary.

On average, the cost of prenatal and postnatal care is higher for overweight mothers than for mothers with a normal BMI. Children of overweight mothers need to be admitted to the intensive care unit more often than children of normal weight mothers.

Conclusion: The presented materials on the management of pregnant women with various hypertensive conditions are based on the recommendations of leading foreign societies for the study of hypertension in pregnant women. Arterial hypertension is undoubtedly an urgent problem in pregnant women, requiring early diagnosis and timely treatment, as well as subsequent careful monitoring. Timely initiation of adequate therapy, which is inherently prophylactic, can significantly improve the prognosis of the pregnancy outcome for the mother and for the fetus. Drug treatment should be carried out with caution because of the possible slowing effect of some drugs on the growth and development of the fetus. However, the risk of teratogenic and embryotoxic effects of drugs should not be exaggerated, since refusal to use them justified can harm the health of not only the mother, but also her unborn child.

SEGMENTAL UNIPARENTAL DYSOMIA IN IMPRINTED SITES OF THE GENOME AS AN EPIGENETIC MECHANISM OF AUTISM AND MENTAL DELAY IN CHILDREN

*Madaminov O.V., Muxtarov Z.M. - student of the group 611 Therapeutic faculty
Supervisor: Karimova A.A. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Uniparental disomy of individual chromosomal segments (long contiguous stretches of homozygosity or LCSH) are regularly detected by molecular karyotyping using SNP array technology. It is known that these epigenetic variations contribute to the identification of the consanguinity of parents, but they are practically not considered as a possible mechanism of neuropsychic diseases. This is especially true if LCSH affects imprinted genomic regions.

Purpose of the study. Investigate LCSH in imprinted genomic regions in children with autism and mental retardation.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Materials and research methods. Molecular karyotyping using SNP array (resolution > 1000 bp) was used to study 430 individuals with mental retardation, autism and congenital malformations.

Research results. LCSH in imprinted areas associated with clinical manifestations was detected in 6.5% of cases (28 patients). The largest amount of LCSH was found at loci 7q21.3 (39.3%) and 15q11.2 (32.1%). These epigenetic variations also affected chromosomal regions: 7q21.11, 7q31.33q32.3, 7q32.1q32.2, and 11p15.5p15.4 and represented epigenomic variations ranging from 1 to 4.3 million bp. Comparison of the phenotypic characteristics of the studied individuals revealed a certain similarity with diseases associated with genomic imprinting (Silver-Russell, Beckwith-Wiedemann, Prader-Willi, Angelman syndromes).

Conclusion. LCSH affecting imprinted chromosomal loci 7q21.11, 7q31.33q32.3, 7q32.2, 7q32.1q32.2, 11p15.5p15.4 and 15q11.2q12, can cause autism and mental retardation in children, being a significant degree common in this group of patients.

It is noteworthy that these epigenomic variations associated with brain diseases in children can only be detected by molecular karyotyping using SNP array technology.

SYSTEM FOR ASSESSING THE DEGREE OF PROTEIN-ENERGY INSUFFICIENCY IN CHILDREN WITH MUCOVISCIDOSIS

Madaminov O.V., Muxtarov Z.M. - student group 611 Therapeutic faculty

*Supervisor: Karimova A.A. - Department of Propedeutics, Children Diseases and out patient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Children with cystic fibrosis (CF) lack essential and auxiliary nutrients, resulting in severe protein-energy and nutritional deficiencies.

Protein-energy deficiency (PEM) is an alimentary-dependent condition caused by a sufficient duration and / or intensity of predominantly protein and / or energy starvation, manifested by a deficiency in body weight and / or growth and a complex violation of the body's homeostasis in the form of changes in the basic metabolic processes.

The metabolic response in CF is characterized by the development of a reaction of hypermetabolism, hypercatabolism with a complex violation of the metabolism of proteins, carbohydrates, lipids, increased consumption of carbohydrate-lipid reserves and breakdown of tissue proteins, loss of body weight.

Eating disorders have an important prognostic value, since they have a significant impact on the survival rate and the level of rehabilitation in this group of patients. The state of protein-energy deficiency largely determines the severity of the course of the disease and complicates its therapy. In the domestic literature there is no generally accepted term for assessing the patient's nutrition. In the scientific literature, the concepts of nutritional status, nutritional status, trophological status, protein-energy status, nutritional status are used. In this work, the term "protein-energy malnutrition" is used in relation to the analysis of the condition of patients with cystic fibrosis.

Objective of the study: the formation of an optimal technique for a comprehensive assessment of the degree of protein-energy malnutrition in children with cystic fibrosis.

Materials and methods. Examined 30 children suffering from a mixed form of cystic fibrosis, aged from 2.5 to 15 years. In the overwhelming majority of cases, there was a severe course of the disease (15 children - 50%), the disease with moderate severity was registered in 10 patients (33%) and only 5 people (17%) had a mild course of the disease.

Research results. According to the results of the work, the most optimal for a correct assessment of the diet of a CF patient is keeping seven-day food diaries, followed by their analysis.

Preliminary data on the presence of PEM were obtained from physical examination of patients. Malnutrition was evidenced by the lethargy and apathy of the child, pallor and dryness of the skin, dull, easily falling out hair, decreased turgor of soft tissues and muscle tone, the presence of edema, growth retardation and neuropsychic development. All children were measured weight and length of the body, shoulder circumference, thickness of the skin and fat fold (FF) above the triceps, by caliperometry.

A large number of complex indices and methods have been developed that allow assessing the patient's nutritional status with varying degrees of reliability. All of them include a combination of anthropometric, biochemical and immunological indicators. The most common is the scoring of 6 diverse markers of nutritional status according to the Bilbrery-Cohen method [6]. The method includes the determination of the following indicators:

- 1.subjective global assessment (SGA),
- 2.determination of body mass index (BMI),
- 3.the thickness of the skin and fat folds above the triceps (TKZHF),
- 4.circumference of the muscles of the shoulder (BMP),
- 5.concentration of serum albumin,
6. the absolute number of lymphocytes in the peripheral blood (AHL).

In the absence of deviations from the age norm, the indicator from the given set is estimated at 0 points, with light, medium and severe changes, the indicator is assigned from 1 to 3 points. The total score on six parameters of 0

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

- 1 point is interpreted as a normal nutritional state, 2 - 6 points - mild PEM, 7 - 12 points - moderate PEM, 13 - 18 points - severe PEM.

Conclusion. As a result of the analysis of the methods for evaluating PEM, the optimal variant of studying the protein-energy status of children with cystic fibrosis was formed, which included indicators reflecting the main positions of the nutritional status: subjective data on nutritional status, anthropometric indicators, parameters of visceral protein, assessment of fat reserves, the presence of immunodeficiency. A comprehensive study of the degree of trophic disorders and adequate nutritional correction will significantly improve the quality of life of patients and the prognosis of the disease.

THE ROLE OF MICROBIOTA AND ITS IMPORTANCE IN THE ETIOLOGY OF CHRONIC RHINOSINUSITIS

*Madaminova N.E., Mamasoliyeva Sh.A., Ulmasov A.O.
Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Thus, in a multicenter study, O.A. Ivanchenko et al. found that aerobes were detected more often than anaerobes, both in the nasal cavity (78.7% versus 21.3%) and in the maxillary sinus (55.2% versus 44.8%). Streptococcus spp. was more common in them. (28.8%) and Prevotella (17.8%), while Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae and Staphylococcus aureus were relatively rare (6.7%, 5.4% and 8.9%, respectively).

Over the past decades, significant progress has been noted in the diagnosis and treatment of respiratory diseases, in particular, various forms of sinusitis, a pathology that affects over 20% of the world's population.

Purpose of the study. Improving the efficiency of diagnostics of various forms of fungal sinusitis.

Material and research methods. In the work, a comprehensive diagnostic examination was used, including a clinical examination with an elucidation of risk factors in the anamnesis, the nature and severity of the course of the disease. Examination of the ENT organs included endoscopy of the nasal cavity and paranasal sinuses using rigid and fibroendoscopes with a diameter of 2.8 and 4.0 mm with zero, 30- and 70-degree optics.

Research results. Examination of patients with chronic rhinosinusitis revealed various forms of fungal sinusitis in 14.4%. The fungus ball was found in 25 patients (58%). Localization in the maxillary sinus was noted in 22 patients (88%), in the frontal - in one patient (4%) and in the sphenoid sinus - in two patients (8%). Superficial sinonasal mycosis was diagnosed in 6 patients (14%): 2 women and 4 men. Chronic invasive fungal sinusitis was detected in 2 female patients (4.7%). Chronic rhinosinusitis associated with fungal infection was found in 10 patients (23%): 3 men and 7 women.

From the data of the anamnesis it was found that 5 patients (11.6%) suffered from diabetes mellitus of varying severity. 2 patients (4.6%) received long-term corticosteroid therapy for bronchial asthma. 3 patients (7%) noted unfavorable working conditions associated with high humidity, the presence of mold in the room. 9 patients (20.9%) underwent more than 2 courses of antibiotic therapy. 20 patients with maxillary sinus mycetoma (46.5%) underwent complex filling of the upper row of teeth. 3 patients (3%) underwent surgical interventions in the nasal cavity several weeks ago.

The study of the immune status of patients with mycetoma and superficial mycosis of the paranasal sinuses did not reveal significant pathological changes. The most pronounced disorders of the immune status compared with the reference values were observed in cases with chronic invasive fungal sinusitis: a decrease in the absolute (0.41 ± 0.14 p < 0.001) and relative ($24.1\% \pm 0.8$ p < 0.01) the number of CD4 + T-lymphocytes, a decrease in the indicators of the ratio of CD4 + / CD8 +, the relative number of CD3 + T-lymphocytes ($48.6\% \pm 1.5$ p < 0.01). The study of the average indices of the humoral link of immunity revealed a decrease in the indices of serum IgG (17.3 ± 1.7) and IgM (2.65 ± 0.8) with normal IgA values. There was also a significant violation of the phagocytic activity of neutrophils: a decrease in the phagocytic number (2.22 ± 0.13 P < 0.05) and phagocytic index (32.3 ± 1.2 p < 0.001, stimulated NBT test - 28.3 ± 1 , 8 (p < 0.001) and phagocytic reserve (5.1 ± 2.8 p < 0.001). In cases of chronic rhinosinusitis associated with candidal infection, 85% of patients had T-cell disorders: a decrease in CD3 +, CD4 +, ratios CD4 + / CD8 +, and phagocytic activity of neutrophils, which, in agreement with the clinic, indicated the development of secondary immunological deficiency.

Output. Among the risk factors identified in patients with fungal sinusitis, the most significant were irrational antibiotic therapy in 20.9%, diabetes mellitus in 11.6%, iatrogenic causes in 49.5% and unfavorable environmental conditions in 7% of cases.

Comprehensive examination of patients with suspected fungal infections of the nose and paranasal sinuses using clinical, endoscopic, mycological, X-ray (CT), histological examination increases the level of diagnosis of the disease.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF IRON DEFICIENCY IN PREGNANCY

*Mamadaliyeva M.M., Asrankulova D.B.
Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology №1
Andijan State Medical Institute*

Relevance. According to the World Health Organization, the number of pregnant women who have been diagnosed with iron deficiency anemia reaches 20 million annually. Despite the organization of preventive programs in many developed countries, the level of IDA does not decrease, but, on the contrary, tends to increase by 12 times.

If we consider world statistics, then the frequency of IDA in pregnant women is almost 3 times lower in developed countries compared to developing countries. This is explained by the programs carried out at the state level, which provide for mandatory examination of all pregnant women for the purpose of further management.

Currently, in Russia, according to various sources, the level of anemia in pregnant women remains at a constant level and ranges from 35% to 42%.

The great importance of IDA is due not only to the high incidence of this pathology in the structure of extragenital diseases among pregnant women, but also to the negative impact on the functioning of all systems and organs, as well as on pregnancy, childbirth, postpartum periods and on the fetus.

To date, according to L.F. Mozheiko, there are lower hemoglobin normal limits for pregnancy trimesters: in the first trimester - 110 g / l, in the second - 105 g / l, in the third - 100 g / l. Anything below these indicators already refers to pathological IDA.

Purpose of the study. Optimization of diagnostics, prevention and treatment of iron deficiency conditions in pregnant women and postpartum women based on the established pathogenetic variants.

Materials and research methods. The prospective study included 102 women, divided depending on the objectives of the study into 4 independent groups.

Research results. The frequency of manifest iron deficiency (MID) in pregnant women and women in childbirth over the past 5 years does not tend to decrease and is 25.9% in pregnant women and 11.2% in women in childbirth.

In pregnant women and postpartum women, with the development of iron deficiency states, there is a decrease in the level of the coefficient of adequacy of erythropoietin production in proportion to the stage of iron deficiency. The frequency of inadequate production of erythropoietin is on average detected in 47.2% of pregnant women with mild MJ, and in puerperas - in proportion to the severity of MJ (in 12% of puerperas with mild severity, in 50% - with moderate and 80% - with severe severity of MJ).

The effectiveness of treatment with iron preparations for pregnant women with IDS depends on the dose of elemental iron and on the level of endogenous erythropoietin. In pregnant women with an adequate level of erythropoietin, the effectiveness of treatment is 2.5 times higher than that in pregnant women with an inadequate level.

The introduction of the developed algorithm into widespread obstetric practice allows detecting early stages of IDD, effectively preventing the development of MAD (94%) and associated complications in the mother, fetus and newborn, and providing effective pathogenetic treatment.

Output. Thus, from all of the above, we can conclude that IDA of pregnant women is a serious pathology that entails many complications from both the mother and the fetus. Therefore, this problem requires mandatory and immediate correction.

A NEW APPROACH TO PRENCLAMPSY AND PRINCIPLES AND THERAPY IN THE CITIES OF THE FERGANA VALLEY

*Mamadiyeva M.S., Asrankulova D.B.
Department of Obstetrics and Gynecology №1
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Preeclampsia is an important medical and social problem throughout the world, remaining one of the main causes of perinatal and maternal morbidity and mortality. According to the Ministry of Health of Russia, over the past decade, hypertensive disorders during pregnancy rank 3-4 among the causes of maternal mortality.

In developing countries, preeclampsia remains the cause of 40–80% of maternal mortality. Complications of preeclampsia are HELLP-syndrome, cerebrovascular accident, placental abruption, placental insufficiency with fetal growth retardation syndrome, obstetric bleeding.

Purpose of the study. Reduction of complications of pregnancy and childbirth as a result of screening, prevention and therapy of PE in the Fergana Valley.

Materials and methods of research. Prenatal training with aqua-erobics was carried out in 67 pregnant women at risk of perinatal complications. 73 pregnant groups at risk of perinatal complications received only drug therapy. 70 pregnant women with uncomplicated pregnancies, when registered, made up the control group. The

course of pregnancy, childbirth and early neonatal period in children was studied using biochemical and instrumental methods.

Research results. The developed anamnestic model for the prognosis of preeclampsia in the first trimester of pregnancy with sufficient specificity (up to 83.7%) and sensitivity (up to 89.4%) makes it possible to identify a group of high risk of developing preeclampsia.

Significant clinical, laboratory and instrumental predictors of severe preeclampsia in the first trimester are platelet counts more than $243.00 \times 109 / L$, low-density lipoproteins more than $3.33 \text{ mmol} / L$, erythropoietin less than $9.61 \text{ mIU} / \text{ml}$, the coefficient of adequacy of erythropoietin production is less 0.758, the systolic-diastolic ratio in the uterine arteries for a period of 11-14 weeks is more than 3.25; for early preeclampsia - indicators of low density lipoproteins more than $3.22 \text{ mmol} / L$, erythropoietin less than $10.75 \text{ mIU} / \text{ml}$, the coefficient of adequacy of erythropoietin production less than 0.770.

In pregnancy complicated by severe or early preeclampsia, anemia develops associated with preeclampsia (anemia of chronic diseases), characterized by redistributive iron deficiency, inhibition of erythropoiesis and inadequate production of erythropoietin.

In severe as well as early preeclampsia, a significant increase in placental expression of erythropoietin is recorded, which in the vascular endothelium and macrophages of the villous stroma is accompanied by an increase in the expression of markers of antiapoptosis and cell proliferation. In the syncytiotrophoblast, where the highest expression of erythropoietin is detected, there is a significant decrease in the expression of antiapoptosis markers in comparison with the indicators of cell proliferation and proapoptosis.

In severe as well as early preeclampsia, inadequately low erythropoietin production from the first trimester of gestation is accompanied by increased erythropoietin expression in the ischemic placenta. In conditions of inadequate production of erythropoietin, its pleiotropic effects on target organs (endothelium, liver, kidneys, central nervous system) decrease, which contributes to the development of multiple organ failure. The formation of hyporegenerative erythropoietic deficiency anemia additionally leads to an increase in hemic hypoxia and aggravation of systemic disorders.

The developed algorithm for the prediction and prevention of preeclampsia made it possible to reduce the frequency of preeclampsia by 2.4 times, the severity of it by 4.6 times, which reduces the risks of sub- and decompensated placental insufficiency, increases the duration of pregnancy and improves maternal and perinatal pregnancy outcomes.

Output. Preeclampsia occurs in 10% of women. In the etiology of maternal mortality, this pathology is in third place. The incidence of obstetric and perinatal complications in the mother and newborn is proportional to the severity of the disease.

The transferred preeclampsia leaves unfavorable consequences in the subsequent years of life in the mother and child, the frequency of which is proportional to the severity of the disease and the duration of its course.

To date, the etiology and pathogenesis of preeclampsia have not been sufficiently studied. Therefore, the treatment of this pathology is distinguished by a significant variety and, often, with little expressed effectiveness.

FACTORS LEADING TO IRON DEFICIENCY IN FERTILIZED WOMEN

Mamazhonov D.N. - 6th year student of the medical faculty

*Scientific adviser: Delkasheva Sh.D. - Assistant at the Department of Hospital Therapy and Endocrinology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Currently in Russia, according to various sources, the level of anemia in pregnant women remains at a constant level and ranges from 35% to 42%.

The great importance of IDA is due not only to the high incidence of this pathology in the structure of extragenital diseases among pregnant women, but also to the negative impact on the functioning of all systems and organs, as well as on pregnancy, childbirth, postpartum periods and on the fetus.

Anemia (from the Greek "lack of blood") is a clinical and hematological symptom complex, in which there is a decrease in hemoglobin and (or) erythrocytes in the blood.

Iron deficiency anemia is characterized by a lack of iron in the blood, red bone marrow (CMC), as well as in the depot (liver, spleen, muscles), which leads to a violation of the formation of heme - the main structural component of hemoglobin.

Purpose of the study. Optimization of diagnostics, prevention and treatment of iron deficiency conditions in pregnant women and postpartum women based on the established pathogenetic variants.

Materials and research methods. The prospective study included 102 women, divided, depending on the objectives of the study, into 4 independent groups.

Research results. In pregnant women and postpartum women, with the development of iron deficiency states, there is a decrease in the level of the coefficient of adequacy of erythropoietin production in proportion to the stage of iron deficiency. The frequency of inadequate production of erythropoietin is on average detected in 47.2% of pregnant women with mild MJ, and in puerperas - in proportion to the severity of MJ (in 12% of puerperas with mild severity, in 50% - with moderate and 80% - with severe severity of MJ).

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

The effectiveness of iron therapy for pregnant women with IDS depends on the dose of elemental iron and on the level of endogenous erythropoietin. In pregnant women with an adequate level of erythropoietin, the effectiveness of treatment is 2.5 times higher than that in pregnant women with an inadequate level.

An algorithm for the diagnosis, prevention and treatment of IDS has been developed, which allows, based on the results of screening pregnant women and puerperas (determination of indicators of various iron metabolism funds), to establish the pathogenetic variant of IDD and individualize treatment.

Output. Thus, from all of the above, we can conclude that IDA of pregnant women is a serious pathology that entails many complications from both the mother and the fetus. Therefore, this problem requires mandatory and immediate correction.

SPECIFIC FEATURES OF ALLERGIC RHINITIS

Mamasoliyeva Sh.A., Ulmasov A.O., Madaminova N.E.
Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute

Relevance. The socio-economic burden of AR is aggravated by its association with diseases such as bronchial asthma, sinusitis, otitis media, nasal polyps, etc. Therefore, knowledge of algorithms for the diagnosis and treatment of AR is necessary for both narrow specialists and general practitioners.

The main risk factors for the development of AR are a burdened family history, sensitization of the body, active or passive smoking, poor indoor air quality, atmospheric pollution, unfavorable climatic conditions.

The symptoms of AR, which annoy patients on a daily basis, contribute to neurotization, disruption of daily activities and sleep, deterioration of physical, professional and social functioning, thereby sharply deteriorating the quality of life. In addition, in order to eliminate AR symptoms, patients often take daily medications with a number of side effects.

Purpose of the study. Generalization of the data on the comorbidity of allergic rhinitis, the role and place of antihistamines, in particular levocetirizine, in modern treatment strategies for this disease.

Material and research methods. Indicators of quality of life of patients, serum concentrations of C-reactive protein (CRP), indicators of 24-hour blood pressure monitoring (ABPM) and heart rate variability (HRV) in patients with allergic rhinitis with and without arterial hypertension.

Research results. In particular, we are talking about the rhinobronchial reflex, the implementation of which is associated with the irritation of numerous receptors in the nasal cavity, inhibition of the activity of mucociliary transport and an increase in exposure to the nasal cavity of inhalation allergens; the expression of pro-inflammatory mediators in the nasal mucosa (SN) and their transfer with nasal secretions to the lower parts of the respiratory tract, followed by the induction and prolongation of inflammation in the bronchial mucosa.

Patients with AR are at a higher risk of developing auditory tube (CT) dysfunction. It is believed that the transport of pro-inflammatory mediators from the nasal cavity to the nasopharynx plays an important role in the pathogenesis of ST dysfunction in these cases. Dysfunction of S.T. accompanied by impaired ventilation and an increase in negative pressure in the middle ear. Against this background, real prerequisites are created for the occurrence of exudative otitis media. According to epidemiological studies, AR is detected in 40-50% of children with chronic otitis media over the age of 3 years.

Therefore, despite the presence of certain contradictions in the assessment of the causal relationships between AR and the most common diseases of the ENT organs, there is an understanding of the common pathogenetic mechanisms for AR and comorbid conditions, which determine the need to use antiallergic therapy in these cases, which helps to reduce symptoms and increase the effectiveness of treatment. not only AR, but also associated diseases.

In this regard, levocetirizine can be considered as the drug of choice for mild manifestations of intermittent AR throughout the entire period of manifestation of the disease, or in combination with decongestants and / or intranasal glucocorticosteroids, depending on the severity and duration of AR symptoms.

Output. Thus, the listed properties of modern antihistamines, in particular levocetirizine, in combination with a high level of safety, determine the relevance of its use in modern strategies for the treatment of allergic rhinitis and comorbid conditions.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

STUDENTS' NEEDS AS THE BASIC APPROACH IN TEACHING THE SUBJECT OF "ENGLISH IN MEDICINE"

Mahsudov Behruz - Therapeutic Faculty, Group 340

*Matveeva Irina Alexandrovna -senior teacher of the Department of Foreign Languages, scientific adviser
Andijan State Medical Institute*

The language teaching for specific purposes has become the target goal for language teaching profession all over the world. The sub-field of English for specific purposes has emerged out of the field of English as a Second Language to meet the specific academic and professional needs of learners. Specific vocabulary and the unique language skills have been focused on in the courses of ESP. The study of languages for specific purposes (LSP) is highly student-centered, focused on learners' professional linguistic needs, as well as teaching materials production. At the beginning as well as in the consequent stages of learning the subject of "English in Medicine", the students are always asked what they want to obtain from our course and, according to the students' requirements, the Educational Programme has been designed. Most of the first-year students usually state that good acquisition of general English would be preferable. However, students of 2, 3, and senior courses think that more attention should be paid to the learning the specific professional language. In learner-centered approaches, course design and teaching often become negotiated dynamic processes, since needs, expectations and student resources vary within each group. This suggests that student-learning styles, strategies and language processing approaches have to be taken into consideration by ESP teachers. Among the variety of modern techniques and technologies, peer instruction takes a leading place in my teaching practice. Nowadays peer instruction is a very popular and common method of teaching in higher school; lesson plan of English lessons in our institute includes such a kind of interactive work. Practical points on this subject enable us to use a great variety of class activities and this fact enables us consult to the available literature on this subject.

In spite of the fact that this item has been much spoken and discussed, the questions of necessity of teaching English for specific purposes stay of a great interest as well as matters of classroom environment and methods of teaching and learning. ESP teachers in becoming more flexible and more aware of their own learning styles and approaches should assist students. An assessment of the current level of knowledge students possess and determining the target situation, what the student wants to achieve, have been included in the analysis. The teaching staff and students of the Therapeutic Faculty of Andijan State Medical Institute (The Republic of Uzbekistan) agree that knowledge of both General English and English for medical purposes are necessary for progress and development in the subject of "English in Medicine". For this reason, knowledge of general English at an intermediate level is mandatory for a successful participation in the course.

Needs analysis conducted through questionnaires, conversations and lessons' monitoring shows that students need training in specialized language, in which not only vocabulary but also specific grammatical structures, phrases, styles and principles of oral and written communication, which are characteristic for medical profession and deontology, have been included. The information obtained from needs analysis can be useful for identifying the program goals. Then, these goals can be stated as specific teaching objectives, which in turn will function as the basis for developing the educational programme - lesson plans, tasks for self-education, materials, tests, assignments and activities, based on the Typical Programme confirmed by the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. ESP teachers must be in a close contact with both experts in the target situation and with the students; such situation there is in our Institute where English teachers are always in a close contact with the departments of Physiology, Human Anatomy, Biology and others. The material, which is used in teaching the subject of "English in Medicine", includes authentic texts, parts of General English and ESP textbooks, materials prepared by the teacher including anatomical atlases, topics and tasks related to the definite field of medicine. Good material contains interesting texts, thinking-provoking activities, enables students to use knowledge and skills they possess. A clear and coherent material structure will help the teacher in designing the course and it will help the students in achieving the sense of progress and accomplishment.

Meeting the requirements of modern approaches of teaching the subject of "English in Medicine", English teachers of the Therapeutic Faculty of Andijan State Medical Institute regularly run classes in Simulation Center, which was created with the initiative of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan as well as ASMI administration a few years ago. Real professional environment gives the possibility to motivate the students for better acquirement of communicative and descriptive skills. The communicative approach is the most widely used and most widely accepted approach to classroom-based foreign language teaching today. It emphasizes the learner's ability to communicate various functions, such as asking and answering questions, making requests, describing, narrating and comparing. Task assignment and problem solving—two key components of critical thinking—are the means through which the communicative approach have been introduced.

A great deal of success have been achieved in my teaching English for specific purposes with the experimental applying of peer instruction. I began to use this technique many years ago being the teacher at a secondary school. Schoolchildren replied to such kind of activity by positive reaction, because they tried the role of a teacher in this process expressing great responsibility for the work performed. Now, being a senior teacher at the Department of Foreign Languages at ASMI, and especially when the subject of "English in Medicine" has been separated from the general English for specific purposes, peer instruction has been included into my routing

teaching process at any stage of my lessons. I have shared my personal experience with my colleagues, especially with the young ones, we discussed this phenomenon at our department's meetings, and we learned thoroughly theoretical aspect of peer teaching and introduced it to our practice. During "English in Medicine" lessons in ASMI, we use this method in any stage of the class. It is reasonable to carry out such a method on the stage of new theme's acquirement as well as on pre-lesson stage with the aim of controlling studied material. It helps to intensify the educational process and elicit medical students to go ahead in their learning medical English. We think this method will be developed further in language teaching practice and it is worth to be the point of future scientific research.

MORPHOFUNCTIONAL THYROID DISORDERS IN YOUNG CHILDREN UNDER NEONATAL TRANSITORY HYPOTHYROIDISM AND CEREBRAL HYPOXIA-ISCHEMIA

Mirakhmedov Khamidjon - student of the group 510 of Pediatric faculty

*Supervisor: Yunusov D.M. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. At present, it is impossible to imagine the diagnosis of thyroid pathology without ultrasound examination, which makes it possible to assess its location, structure, and volume. The most objective way to assess the size of the thyroid gland, according to experts and WHO recommendations, was to clarify its total volume, measured using an ultrasound technique - echo volumetry. There are about twenty attempts to develop standards for thyroid volume in childhood, undertaken in different countries. The question of the final interpretation of the result obtained is intensively studied, but not resolved. In addition, ultrasound parameters of the thyroid volume in young children are evaluated much less frequently.

Thus, the urgency of this problem and the lack of clear criteria for assessing the size and volume of the thyroid gland, in comparison with its functional characteristics, necessitates a comprehensive study of morphological and functional disorders of the thyroid system in young children.

Purpose of the study. The aim of the study is to identify morphofunctional disorders of the thyroid gland in children who have undergone neonatal transient hypothyroidism and cerebral hypoxia-ischemia, with the aim of their timely diagnosis, correction and prevention of the formation of thyroid pathology.

Material and research methods. Free sampling was used to examine 521 children aged from 1 month to 3 years of age. Children with hereditary pathology and congenital malformations, congenital hypothyroidism, chronic somatic and disabling neurological pathology were excluded from the total number of those examined.

Research results. Fetal hypoxia, transferred against the background of combined ante- and intranatal risk factors, is of leading importance in the formation of changes in the functional state of the central nervous and pituitary-thyroid systems in newborns.

In children who have undergone transient hypothyroidism and cerebral hypoxia-ischemia, an imbalance of thyroid hormones was revealed against the background of an increase in the volume of the thyroid gland, which indicates a high risk of the formation of thyroid pathology.

Normative indicators of the volume of the thyroid gland in children 1 month. - 3 years old have a clear correlation dependence on age and indicators of physical development. The closest correlation was found between the thyroid volume and the body weight of a young child ($r = 0.73$), which made it possible to consider the thyroid mass index as the most clear criterion for an individual assessment of the thyroid gland volume.

Thyroid volume parameters are the most stable and reliable ultrasound indicator of changes in the morphofunctional state of the pituitary-thyroid system in children with transient hypothyroidism and cerebral hypoxia-ischemia.

An imbalance in the parameters of pituitary-thyroid hormones is combined with an increase in the thyroid mass index of more than 0.11×10^{-3} .

Conclusion. The proposed criteria for the diagnosis of morphological and functional disorders of the thyroid gland in young children can be used to substantiate the feasibility of therapy and the inclusion of this contingent of children in the risk group for the formation of thyroid pathology.

The developed parameters of the thyroid gland volume can be used for screening diagnostics of transient and permanent dysfunctions in young children.

A scheme of dispensary observation is proposed for the purpose of timely correction of transient dysfunctions and prevention of thyroid pathology in children who have undergone neonatal transient hypothyroidism and cerebral hypoxia-ischemia.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

CARDIAC DISORDERS IN PATIENTS CHRONIC VIRAL HEPATITIS AND CIRRHOSIS OF THE LIVER

Miryusupova M.B. - 211 group of students of the pediatric faculty
Scientific adviser: Isakova D.Z. – assistant Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute

Relevance of the study. In recent decades, there has been a significant increase in viral hepatitis with rapid progression and the development of cirrhosis of the liver. The direct cause of death in patients with cirrhosis of the liver is most often gastrointestinal bleeding and pneumonia, as well as cardiovascular failure. It is known that viral hepatitis is considered as a systemic disease, in which the cardiovascular system is often affected with the formation of cirrhotic cardiomyopathy (CCMP).

The degree of development of the research topic. Specific disorders in the myocardium in cirrhotic cardiomyopathy include hypertrophy and enlargement of the left ventricular cavity associated with diastolic dysfunction, systolic incompetence during exercise, and prolongation of the QT interval. In the literature, there are isolated reports of violations of segmental diastolic and systolic functions of the myocardium in patients with diffuse liver diseases and the mechanisms of their development remain unexplored. From a prognostic point of view, it is important to assess the severity of liver parenchyma damage in patients with CVH and VCP, and its impact on the likelihood of developing and severity of pulmonary hypertension (Kalacheva T. P., 2013). The underlying prevalence of pulmonary hypertension in this category of patients is also unknown, since there are no unified screening methods for this pathology. There is information concerning a comprehensive study of advanced portal and pulmonary hypertension (portopulmonary hypertension) and their effect on the myocardium. However, studies of independent predictors of the development of pulmonary hypertension in patients with CVH and VCP have not been conducted. Endothelial dysfunction is an important pathogenetic mechanism for the development and progression of cardiovascular diseases, including non-coronary myocardial lesions. The role of violations of the vasodilating function of the endothelium and in the pathogenesis of hemodynamic disorders in patients with diffuse liver diseases is shown. However, the patterns of endothelial function disorders in patients with CVH and VCP are not fully disclosed.

The results of our own research. Structural and functional parameters of the myocardium in patients with CVH and VCP. In patients with moderate CVH activity, in contrast to the indicators of healthy individuals and patients with minimal CVH activity, there was an increase in the size of the left, right atria, right ventricle, LV end diastolic volume index and LV myocardial mass index ($P < 0.001$). In patients with minimal and moderate activity of CVH, a violation of the longitudinal diastolic function of the right ventricle and a decrease in its systolic function were found. ($P < 0.001$). With minimal activity of CVH, in contrast to the control indicators, the LV BWV index increased, as well as the time of LV isovolumetric stress, ($P < 0.001$). That is, an increase in the activity of the inflammatory process in the liver was accompanied by more pronounced violations of the structural and functional parameters of the heart. Patients with CVH and VCP did not differ in the duration of the disease, anthropometric indicators, and the presence of concomitant diseases in the anamnesis. In patients with VCP, there was an increase in the size of the left atrium by 8%, the LV mass index by 23%, and the rate in the descending aorta increased by 8% compared to the group of patients with CVI ($P < 0.05$). Thus, in viral cirrhosis of the liver, more pronounced structural and functional changes of the myocardium were found than in CVI. Diastolic and ventricular function and LV remodeling in patients with CVH and VCP. In all patients, the parameters of the transmitral and transtricuspid flows were studied during the echocardiographic study, on the basis of which the type of spectrum was determined for each patient: normal and pathological type of diastolic dysfunction (DD). The pathological type included the pseudonormal and hypertrophic type of DD.

Conclusions. Patients with chronic viral hepatitis and cirrhosis of the liver have significant cardiohemodynamic disorders characterized by structural disorders of the myocardium and impaired systolic and diastolic functions of the left and right ventricles; the revealed changes are most pronounced in patients with active CVH and VCP in the presence of ascites.

FEATURES OF FUNCTIONAL DISORDERS OF THE SYMPATHIC-ADRENAL SYSTEM OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Miryusupova M.B. - 211 group of students of the pediatric faculty
Scientific adviser: Valieva Z.S. – assistant Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute

Relevance. In centenarians who suffered from various age-related pathologies, no single risk factors for cardiovascular diseases (smoking, alcohol consumption) were found or, later than for other age groups, the addition of other factors (arterial hypertension, left ventricular hypertrophy, anemic syndrome, hyperfibrinogenemia), which worsen the prognosis of life. Patients of this age group were characterized by polymorbidity, a later onset of the disease with fewer complications, and some metabolic features that distinguished them from patients in other age

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

groups. The results of the presented analysis allow us to consider longevity as a possible model for studying physiological aging.

Purpose of the study. Sharpening a scientifically grounded program for maintaining the functional activity of the sympathetic-adrenal system and the cardiovascular system in centenarians.

Material and methods of research. A total of 167 centenarians were examined. Of these, 128 were examined on an outpatient basis, 39 - in a hospital setting.

The main group of the study consisted of persons whose passport age was equal to or exceeded 100 years. The comparison group consisted of persons in the age range from 90 to 99 years, inclusive.

Research results. The prevalence of cardiac risk factors among centenary residents of Uzbekistan has been established, most of them have never smoked, 53% of centenarians have never consumed alcohol, 40% have used occasionally, 6.7% have used up to 2 times a month

All centenarians had sufficient physical and emotional activity. In more than half of the cases among the surveyed centenarians, there were no indications of longevity in the family. 44% of centenarians indicated maternal longevity and 1.4% - paternal longevity.

The data obtained confirm the effect of tobacco smoking and physical activity on longevity and do not resolve the issue of the effect on life expectancy of longevity in one of the parents and episodic consumption of alcoholic beverages.

In the surveyed centenarians, gender differences in the electrophysiological state of the myocardium were established in men, the excitation along the A-V connection is reliably slower, the rate of excitation through the ventricles and the heart rate are lower.

A scientifically grounded stratification program of measures aimed at maintaining the functional reserve of the cardiovascular system, increasing life expectancy, improving its quality and working capacity of the population has been developed, an algorithm has been created for stratification of residents to predict longevity and improve the quality of life of centenarians and the social microcollective

Output. Thus, verification of the diagnosis of hypertension can be reduced to the problem of criteria for this syndrome. Based on the accepted hypothesis of MS as an independent nosological form, it is necessary to diagnose this disease in all cases when the patient has signs of any of the syndromic diseases (hypertension, coronary heart disease, and / or type 2 diabetes), in explicit or latent form.

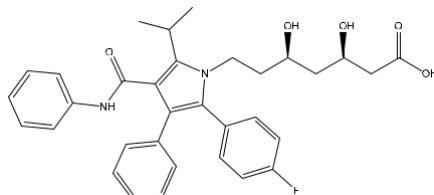
NATURAL PRODUCTS AS SOURCES OF DRUGS

Muydinova Mashkharaxon student of group 101 of the dental faculty

*Supervisor: Mamazulunov Nurmuxammad assistant of the Department of Biological Chemistry
Andijan State Medical Institute*

Natural products have been a fundamental source of medicinal scaffolds for decades; with sixty percent of marketed drugs. Many synthetic chemists are focused on synthesizing potent and nontoxic compounds for pharmaceutical targets, however, nature is still proving to be a source of new bioactive compounds. Produced by the host organism for defense, reproduction and communication, secondary metabolites also demonstrate promising bioactivity against human pathogens. Hence, natural product chemists continue their quest for new leads.

Medicine derived natural resources have represented an integral source for the treatment of human ailments since ancient times. Natural products have had a dominant role in drug development, with 60% of today's currently approved drugs containing either a natural products or natural product derivatives.¹ The terrestrial and aquatic biodiversity of the world is expansive and remains largely untapped. The bestselling hypocholesterolemic drug, atorvastatin, has over \$125 billion sales over 14.5 years and can trace its origin to a fungal metabolite from *Penicillium citrium*, thus illustrating how the pharmacophore of natural products can be successfully incorporated into synthetic medicines ultimately yielding an increase in chemical diversity of newly approved drugs.^{2,3,4}



Atorvastatin

Despite natural products potential as exceptional drug candidates, studies indicate that the majority of recently approved drugs are biologics rather than the classical small molecules. This trend is illustrated amongst pharmaceutical companies that are now refocusing their interest towards investments in the development of biologicals.² One potential factor for the decreasing interest in small molecules is the lack of chemical diversity in drug discovery libraries. These libraries are primarily based on Lipinski's rule of five of which most natural products or their derivatives are excluded.⁵ In contrast, most natural products, including the approved drugs, have

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

lower hydrophobicity, increased polarity, fewer aromatic rings and larger molecular size.² Natural product drug discovery is mostly challenged by the process of purification, characterization, and modification of otherwise complex skeletons.² Due to difficulties involved in these steps, natural product scaffolds only account for 17% of the compounds in drug discovery libraries.² This low total percentage is representative of the underutilization of terrestrial and aquatic biodiversity, despite their overwhelming abundance. However, despite the growing interest in biologicals, small molecules continue to be the most reliable source for intracellular targets.

Conclusion

The resistance of microbes to different antimicrobial drugs remains a primary concern to public health today. Science is in a constant race against pathogenic microorganisms due to the rapid rate of resistance formation to new drugs (usually within a few years). With the discovery of vancomycin-resistant enterococci (VRE) and MRSA, the need for rapid and sustained development of new antibacterial agents is imperative.^{24,45,46} It has been observed from multiple screening studies that marine organisms elicit significant antibacterial activity including several novel antibacterial candidates, despite the lack of an antibacterial product on the market.

PHOBIAS AND THEIR MEANINGS

Muhammdjonova Gulchehra - student of group 205 of the pediatric faculty

*Supervisor: Mamazulunov Nurmuxammad - assistant of the Department of Biological Chemistry
Andijan State Medical Institute*

A phobia is an irrational fear about certain objects, features or animals that is out of proportion to the existing circumstances. There are three types of phobias:

1. Social Anxiety Disorder

Social anxiety disorder (also known as social phobia) is one of the more common anxiety disorders. It involves fear of embarrassment or humiliation in situations where you are exposed to the scrutiny of others or you must perform. This fear is much stronger than the normal anxiety most nonphobic people experience in social or performance situations. Usually it's so strong that it causes you to avoid the situation altogether, although some people with social phobia endure social situations, albeit with considerable anxiety. Typically, your concern is that you will say or do something that will cause others to judge you as being anxious, weak, "crazy," or stupid. Your concern is generally out of proportion with the situation, and you recognize that it's excessive.

The most common social phobia is fear of public speaking.

2. A specific phobia typically involves a strong fear and avoidance of one particular type of object or situation. There are no spontaneous panic attacks, and there is no fear of panic attacks, as in agoraphobia. There is also no fear of humiliation or embarrassment in social situations, as in social phobia. Direct exposure to the feared object or situation may elicit a panic reaction, however. The fear and avoidance are strong enough to interfere with your normal routines, work, or relationships and to cause you significant distress. Even though you recognize its irrationalities, a specific phobia can cause you considerable anxiety.

The most common specific phobias are the following:

Animal Phobias. These can include fear and avoidance of snakes, bats, rats, spiders, bees, dogs, and other creatures. Often these phobias begin in childhood, when they are considered normal fears. Only when they persist into adulthood and disrupt your life or cause significant distress do they come to be classified as specific phobias.

Ornithophobia. The fear of birds makes the sufferers extremely uncomfortable around birds. For some individuals, such fear is only directed towards the birds of prey such as vultures, hawks, and eagles etc, whereas in other cases, even household birds like parrots or parakeets as well as the sight of their feathers are enough to trigger an anxiety attack.

Sidonglobophobia. The fear of cotton balls. It is also called Bambakophobia where Bambaki stands for cotton in Greek while phobos means deep dread or fear.

Pyrophobia. It is quite a common phobia and many people around the globe are known to be deeply afraid of fire. Pyrophobia originates from Greek 'pur/pyr' meaning fire and 'phobos' meaning fear or deep dread. To an extent, the fear of fire is healthy, evolutionary and normal. However, in case of a phobic, the fear turns debilitating, often affecting his/her daily life wherein one is unable to withstand even small or controlled fires

Acrophobia. Fear of heights. With acrophobia, you tend to be afraid of high floors of buildings or of finding yourself atop mountains, hills, or high-level bridges.

3. **Agoraphobia.** The word agoraphobia means fear of open spaces; however, the essence of agoraphobia is a fear of panic attacks. If you suffer from agoraphobia, you are afraid of being in situations from which escape might be difficult—or in which help might be unavailable—if you suddenly had a panic attack. You may avoid grocery stores or freeways, for example, not so much because of their inherent characteristics but because these are situations from which escape might be difficult or embarrassing in the event of panic. Fear of embarrassment plays a key role. Most agoraphobics fear not only having panic attacks but what other people will think should they be seen having a panic attack.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Many people with a phobia don't need treatment, and avoiding the object of their fear is enough to control the problem. However, it may not always be possible to avoid certain phobias, such as a fear of flying. In this instance, you may decide to get professional help and advice to find out about treatment options. Most phobias are curable, but no single treatment is guaranteed to work for all phobias. In some cases, a combination of different treatments may be recommended. The main treatment types are:

- self-help techniques
- talking treatments
- medication

CLINICAL FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN YOUNG PERSONS

*Muxammadjonova Z. - student of the 2 course of pharmacy faculty
Supervisor: Sodikova D.T. - Department of GP 2
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Gastroesophageal reflux disease is one of the most common gastroenterological diseases. Domestic authors indicate the widespread prevalence of GERD in the population of 10 - 40%. In Western Europe and the United States, epidemiological studies show that 40% of people are constantly, with some frequency, worried about heartburn and other symptoms associated with GERD. In 40% of the respondents, the symptoms were so pronounced that they consulted a doctor.

The quality of life of people suffering from GERD is significantly lower than that of the general population, regardless of whether morphological changes in the esophageal mucosa are present or not, and worsens as the attacks of heartburn intensify and become more frequent (Smout A., 1997).

There are no data on the prevalence, course and treatment of GERD at a young age in the Russian population. Features of the clinical picture, the pathogenesis of this disease in young patients also remain a little studied. All of the above determines the need to study this pathology in young people.

Purpose of the study. Studying the features, identifying options for the course and treatment of GERD at a young age.

Materials and research methods. To fulfill the assigned tasks, 420 young patients, males from 15 to 30 years old, were examined.

Two groups of patients were formed: the main group consisted of 270 patients with GERD (64.2%). The selection criteria were: the presence of heartburn with a frequency of at least 1 time per week and / or the presence of erosive or catarrhal esophagitis according to endoscopy.

The comparison group consisted of 150 people (35.8%) who never had a history of esophageal diseases. Organic pathology of the esophagus was rejected by modern instrumental research methods (X-ray, endoscopic).

In the structure of GERD in young people (16-30 years old), the frequency of endoscopically negative forms of the disease is 73%, erosive forms - 27%.

The study of the autonomic status showed that 90 patients (33.3%) had changes in the sympathetic type, 106 patients (39.3%) - in the parasympathetic type, 74 patients (27.4%) did not have autonomic tone dysfunction.

In the clinical picture of GERD in young people, the leading symptom is heartburn, while epigastric pain (43.6%), nausea (31.0%), belching (59.7%) are quite common.

In 11.1% of cases, non-erosive forms of GERD in young people become erosive. In 61.1% of cases, the non-erosive form of the disease is characterized by a long, non-progressive course, and in 27.8%, recovery occurs. The erosive form of reflux disease is characterized by a stable course in 100% of cases.

In young GERD patients, daily pH-metry specifies the severity of functional disorders, the frequency of refluxes, the exposure time of refluctate in the esophagus, which makes it possible to adequately choose the nature of pharmacotherapy.

In young people with GERD and who have not received gastric secretion blockers, the drugs of choice are antacids and prokinetics (Ganaton). In persons who have previously received secretion blockers, the drugs of choice are secretion blockers, the duration of therapy depends on the stage of the disease and the severity of clinical manifestations. Supportive treatment prevents recurrence of the disease.

Conclusion. Thus, the use of a new class of prokinetics with a combined mechanism of action, proven efficacy and a minimum of side effects made it possible to increase the effectiveness of GERD therapy in young people with VNS dysfunction, made the treatment easy to tolerate and safe.

The results of comparing different groups of patients who received antacids, secretion blockers, prokinetics show that the drugs of choice in young people are motor regulators.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

CLINICAL AND GENETIC PREDICTION OF THE RISK OF DEVELOPMENT OF CORONARY HEART DISEASE

Muxammadjonova Z. - student of the 2course of pharmacydirection

Supervisor: Sodikova D.T. - Department of GP 2

Andijan State Medical Institute

Relevance. The main problem in assessing the risk of developing CVD is the fragmentation and heterogeneity of markers used as risk factors. There is a large amount of literature data on individual genes involved in the pathogenesis of ischemic heart disease. Also described are phenotypic features that are taken into account by clinicians when predicting cardiovascular events. However, a unified approach that allows analyzing a relatively large number of polymorphic DNA markers in combination with the most important phenotypic characteristics has not yet been developed, although this would significantly increase the effectiveness of assessing the individual risk of developing coronary artery disease. Thus, modern algorithms underestimate the risk of coronary events. This explains the relevance of the development of new technologies for adequate risk assessment and its dynamics to determine the intensity of interventions.

Purpose of the study. to develop a technology for screening and predicting coronary events based on clinical and genetic data.

Material and research methods. 131 patients with coronary artery disease were examined; including 85 (64.9%) men and 46 (35.1%) women with a history of acute coronary events. The average age was 60.51 ± 11.86 years. Distribution of patients by the forms of ischemic heart disease: myocardial infarction 100 (76%), unstable angina pectoris 31 (24%). Among them, 13% underwent stenting and coronary artery bypass grafting.

Research results. Comparative characteristics of patients with cardiovascular diseases and the control group, performed using analysis of variance (ANOVA). Among patients with coronary artery disease (MI + NS) there were more men, more smokers, diabetes was more common. Patients with strokes (IS) were older, women predominated among them, there were more patients with obesity and arterial hypertension. However, there were fewer smoking and diabetes patients.

There were no significant differences in cholesterol levels between groups. Among the indicators of the lipid profile, the ratio of total cholesterol / HDL cholesterol is most informative. Homocysteine levels were significantly higher among stroke patients. Fibrinogen levels were significantly increased in all patients with cardiovascular diseases.

Analysis of traditional algorithms for assessing coronary risk (building a regression tree and recursive partitioning) revealed that the optimal separation point for IHD patients and the control group for the SCORE scale is 3%, for the Framingham algorithm - 8%, for the PROCAM algorithm - 13%, which indicates an underestimation severity of risk predominantly in the group of moderate risk of developing coronary events.

An increase in the prognostic significance of risk models for the development of coronary events is achieved using our proposed combined approach, which includes a comprehensive accounting of traditional (corrected and non-corrected) risk factors, serum markers (hs CRP, LP (a), fibrinogen and D-dimer) and genetic markers. The area under the characteristic curve (AUC ROC) for the SCORE scale is 72%, for a model that includes traditional risk factors together with studied laboratory and genetic markers - 88%.

The studied combination of structural markers of atherosclerosis (intima-media thickness of brachiocephalic arteries, degree of left ventricular hypertrophy, total calcium index on MSCT) has good analytical characteristics for predicting coronary risk (AUC ROC is 85%) and can be used to assess intermediate

Prediction using precedent-based recognition methods allows you to optimize the number of studied features and, accordingly, the number of studies performed to assess coronary risk. An algorithm for making a decision on the prognosis was developed, consisting of 16 biomarkers of the risk of coronary artery disease, including traditional risk factors, laboratory, instrumental and genetic markers.

The use of collective prognostic solutions can improve the recognition accuracy of coronary events up to 92%. The genetic index, which is the total number of available risk alleles and a burdened family history, is a quantitative criterion that allows a comprehensive assessment of the risk of coronary artery disease based on the results of genetic testing. Removal of genetic traits from the forecast model developed by us leads to a decrease in the recognition accuracy.

Conclusion. Prediction and risk stratification is a key component of all clinical guidelines and recommendations for the prevention of cardiovascular disease. The necessary potential has been created to ensure the development of new preventive strategies and an effective system for the primary prevention of cardiovascular diseases. Given the widespread prevalence of cardiovascular disease, the introduction of new prevention strategies will have significant social and economic benefits. The developed technology will form the basis for subsequent work on forecasting social knowledge.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

FEATURES OF THE NEONATAL PERIOD IN PREMATURE CHILDREN WITH DELAYED INTRAUTERINE DEVELOPMENT

Muxammadjonova M.M. - student of the group 611 of Therapeutic faculty

*Supervisor: Bakhavadinova Z.M. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Delayed intrauterine development of the fetus (IUGR) or low weight in relation to gestational age at birth is an integral indicator of intrauterine distress, increased morbidity, development of chronic and disabling pathology, mortality of children in perinatal and infancy.

The aim of this work is to identify the features of adaptive-compensatory reactions in the neonatal period in term infants born with IUGR.

Material and methods. To achieve this goal, 528 full-term newborns were examined, including 330 children born with IUGR (main group) and 198 children without IUGR (control group). The average body weight of children in the main group at birth was 2557.3 ± 47.2 g, in the control group - 3523.5 ± 20.4 g ($p < 0.001$). The body length in newborns of both groups was 48.9 ± 0.5 cm and 52.3 ± 1.1 cm, respectively ($p < 0.01$). The children of the main group by the degree of IUGR were distributed as follows: 1st degree - 175 children (53.0%), IInd - 106 (32.1%), IIIth - 49 children (14.9%).

Research results and their discussion. Comparative analysis of the frequency of chronic extragenital and gynecological diseases revealed a high frequency of chronic pathology in women of the main group (71.8% and 59.1%, respectively; $p < 0.01$). Gynecological diseases (48.5% and 29.8%; $p < 0.001$), diseases of the urinary system (23.3% and 16.2%; $p < 0.05$), diseases of the digestive system were diagnosed with the greatest constancy in women of the main group. , liver and biliary tract (24.2% and 14.6%; $p < 0.01$), cardiovascular system (22.1% and 13.1%; $p < 0.01$). Only in the main group were diseases of the blood and hematopoietic organs registered (2.1%) and significantly more often underweight (9.7%; $p < 0.05$).

There was a higher incidence of pregnancy complications in women of the main group (100.0% and 82.3%; $p < 0.001$), such as preeclampsia (46.7% and 32.3%; $p < 0.001$), the threat of termination of pregnancy (46 , 1% and 37.9%; $p < 0.05$), placental insufficiency (37.9% and 14.4%; $p < 0.001$), oligohydramnios (13.9% and 1.5%; $p < 0.001$) ... More than half of the women in this group had perinatally significant infections (60.9% and 40.4%; $p < 0.001$), 43.9% ($p < 0.05$) had anemia, they were significantly more likely to suffer acute viral or viral diseases during pregnancy.bacterial etiology (47.9% and 34.3%; $p < 0.01$).

At birth, children of the main group were significantly more likely to have asphyxia (31.5% and 12.1%; $p < 0.001$) and congenital malformations (18.5% and 5.1%; $p < 0.001$). Newborn children with IUGR more often had adaptation disorders in the early neonatal period (83.9% and 47.7%; $p < 0.001$), namely, prolonged jaundice (30.6% and 22.7%; $p < 0.05$), syndrome of maladjustment of the cardiovascular system (20.9% and 7.1%; $p < 0.001$), edematous syndrome (15.5% and 8.6%; $p < 0.01$), polycythemia (35.5% and 21.2%; $p < 0.001$), hypoglycemia (26.9% and 12.6%; $p < 0.001$), hypoproteinemia (6.9% and 3.0%; $p < 0.05$). One third of children did not restore their initial body weight by the 7th day of life (29.1% and 12.1%; $p < 0.001$), only in the main group were aspiration syndrome (7.0%) and birth trauma (3.9%).

Conclusion. Newborn children with IUGR are characterized by impaired processes of neonatal adaptation, a high frequency of pathological conditions, among which perinatal damage to the central nervous system, infectious diseases, and pathology of the cardiovascular system prevail.

The high frequency of chronic extragenital and gynecological pathology, complications of pregnancy in women of the main group leads to chronic placental insufficiency, which is accompanied by a stressful state of the fetus, causing a complex of hormonal, hemodynamic and metabolic disorders in the child.

FEATURES OF EXCHANGE OF SEPARATE MICROELEMENTS IN CHILDREN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA

Muxammadjonova M.M. - student of the group 611 of Therapeutic faculty

*Supervisor: Bakhavadinova Z.M. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Iron deficiency anemias (IDA) are not homogeneous by their nature, only 35-55% of anemias are considered to be caused exclusively by iron deficiency, the rest are a consequence of polydeficiency imbalance, or vitamin-mineral deficiency. In early childhood, during periods of intensive growth, when the formation of immunological reactivity occurs, the formation of internal organs, high activity of metabolic processes along with low activity of enzymes, children need a sufficient intake of microelements. It has been proven that iron deficiency is accompanied by a decrease in the activity of the immune system, even in the absence of anemia.

The deficiency of micronutrients, according to the experts of the World Health Organization, is a crisis in the nutrition of the world's population of the 21st century. When studying the modern type of nutrition in children, both urban and rural, it was concluded that a deficit imbalance prevails in the diet [3], which is associated with the socio-

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

economic and environmental situation. This negatively affects the harmony of the physical and mental development of the child's body, leads to the tension of adaptation processes.

Purpose of the study: to investigate the level of certain microelements (copper and zinc) in the blood serum of young children with iron deficiency anemia.

Materials and research methods. We examined 75 children aged from 1 month to 3 years with iron deficiency anemia, who are inpatient treatment at the children's hospital in Andijan. A general clinical study, biochemical determination of serum iron (comp), copper, zinc, total iron-binding capacity of blood serum (oss), instrumental research methods (ECG, ultrasound of internal organs) were carried out, if necessary, an examination was carried out by a neurologist, ophthalmologist and other specialists.

Research results. Grade I IDA was diagnosed in 24 (32%) children, grade II - 21 (28%), grade III - 18 (24%) and grade IV - 12 (16%) patients. There are more boys with anemia than girls: 44 (58.7%) and 31 (41.3%), respectively. 29 (38.7%) patients are urban children, in most cases suffering from a mild degree of the disease; 46 (61.3%) of rural children were examined - these are mainly patients with severe and super-severe anemia. Children under the age of 1 year were 26 (34.7%), from 1 year to 2 years - 24 (32.0%), the remaining 26 (34.7%) - from 2 up to 3 years old. The most frequent complaints that force relatives to show the child to the doctor: decreased appetite - in 25 (33.3%) cases, acute respiratory disease and fever - 17 (22.7%), pallor of the skin - 10 (13.3%), part of children - 9 (12.0%) - anemia was detected during a preventive study of a general blood test at the age of up to one year.

Upon admission, the parents complained of the child's pallor, decreased appetite, taste perversion (children most often ate soil, sand, paper, napkins), lethargy, fatigue, irritability, delayed physical or psychomotor development. Anamnestically, it was possible to find out that 48 (64.0%) children were born as a result of the first pregnancy, 24 (32.0%) - the second, the remaining 9 (12.0%) - from the third and subsequent ones. In the case of a non-first pregnancy, the interval between the previous one was more than 5 years only in 8 (10.7%) patients.

The physiological course of pregnancy was observed in 35 (46.7%) mothers, complicated - in 40 (53.3%) cases. 66 (88.0%) children were born naturally, delivery by cesarean section was used in 9 (12.0%) cases. Antenatal prophylaxis of anemia was carried out only in 17 (22.7%) cases. Attention is drawn to the insufficient implementation of preventive measures to identify anemia, namely, the absence of a preventive general blood test in the first year of a child's life, only 15 (20.0%) patients underwent this examination.

This was one of the reasons for the late detection of iron deficiency anemia with severe and super-severe disease, especially in non-urban children. In 12 (16.0%) children, anemia was first diagnosed only in a hospital, where the child was in connection with other diseases, including 2 children with severe and 1 child with super-severe anemia.

Conclusion. The course of IDA in young children is associated with an imbalance of other microelements, which can affect the development and occurrence of other deficiency states; which in general violates the natural processes of harmony in the formation of the child.

THE ROLE OF ANOMALIES OF THE FACIAL JAW SYSTEMS IN THE FORMATION OF OCCLUSION IN CHILDREN

Mukhsinova L.A.

*Department of therapeutic dentistry
Bukhara State Medical Institute*

Relevance: Teething is a physiological stage process characterized by the appearance of milk teeth, then permanent teeth in children [Ayupova F.S. et al., 2015; Feraru I.V. et al., 2011]. Teething serves as an indirect indicator of the correct development of the child. As a physiological act, teething is not a painful phenomenon, does not cause pathological conditions. It is in direct connection with the general state of health of the child, the timely growth of teeth in a certain sequence indicates the normal development of his body [Anisimova AV, Perevoshchikova NK, 2013; Momin M. A., 2013].

Goal: study period of the formation of occlusion in children with facial malformations.

Material and methods: examined 110 patients with facial jaw anomalies. When examining children, the following diagnostic methods were used: assessment of the general clinical status, laboratory research methods, analysis of local status, study of diagnostic models of the jaw, X-ray examination of the skull, dentition. The functional state of hearing and speech of patients was also investigated. The examination began with a joint examination of the child by a pediatrician and a neuropathologist during the initial visit to the department of pediatric maxillofacial surgery of the regional hospital or when providing advice in maternity hospitals in order to assess the somatic status, determine the indications and contraindications for surgical treatment and the tactics of correcting concomitant pathology. Particular attention was paid to the collection of the obstetric and gynecological history of the mother, family history, the peculiarities of the course of this pregnancy and childbirth and the diseases suffered by the child.

Results: The data of the structural relationships of the anomalies of the maxillofacial region by gender did not reveal significant differences between boys and girls: 46.1 ± 4.19 and $55.9 \pm 4.19\%$, respectively. At the same

time, the structure of the anomalies is characterized by the fact that clefts of the lip are most common in boys, and clefts of the hard and soft palate are most common in girls. A significant part of the pathology is represented by isolated clefts of the hard and soft palate (hidden, incomplete, complete) - 30.12%, complete unilateral clefts of the upper lip, alveolar ridge, hard and soft palate - 29.02%, followed by isolated clefts of the soft palate -16.01%. Analysis of the frequency of occurrence of cleft depending on the side of the lesion showed that the majority of children have a left-sided cleft, and 26.8% of sick children have a right-sided defect. Depending on the degree of anatomical disorders, the examined children had 2 forms of clefts of the upper lip and palate: in 20 (10.6%) - incomplete cleft lip, isolated cleft in the palate in 52 (27.8%) children and in 83 (44.6%) - unilateral complete through cleft lip and palate, and 31 (16.0%) children had bilateral complete through cleft lip and palate. In children with a hidden cleft of the upper lip, splitting of the muscle layer was observed while maintaining the continuity of the skin and mucous membrane. And with an incomplete cleft of the tissue, the lips of the examined children did not grow together only in its lower parts, and at the base of the nose there was a correctly developed area or a narrow skin bridge connecting both parts of the lip to each other.

Conclusions: In children with a cleft upper lip, from the first days of life, the sucking function was impaired due to the inability to create tightness in the oral cavity. Children with a hidden and incomplete cleft of the upper lip could take the mother's breast, pressing the breast tissue against the normally developed alveolar ridge of the upper jaw and palate, compensating for the inferiority of the lip muscles by actively including the tongue in the sucking act. However, with other forms of clefts, the child's nutrition from the first days was artificial. And in children with simultaneous cleft lip and palate, the sucking function was more severely disturbed. The anamnesis data showed that all children were born full-term.

Thus, the process of teething and bite formation is a physiological process, which is one of the important indicators of the health and physical development of the child. However, there are a number of factors that have a negative impact on this process and creates an opportunity for the development of the pathological process. In this regard, despite numerous works of domestic and foreign researchers on this topic, the development of methods of early diagnosis, prognosis of the course and outcome of the pathology of teething and bite formation in children remains relevant and in demand.

MODERN METHODS OF TREATMENT OF JOINT PAIN IN CHILDREN

Mirzamahmudov Sh.I. - Master of Ophthalmology, 3rd degree

*Supervisor: Ikramov A.F. - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Ophthalmology Department
Andijan State Medical Institute,*

Introduction. The origin of co-morbidity is congenital and acquired, and in diseases of the central nervous system, accompanied by ametropia and decreased visual acuity in one eye. As a result of these factors, the moving part of the vision analyzer is damaged and disrupts binocular vision. Even today, a number of traditional therapies remain ineffective in acquired co-morbidities and congenital co-morbidities. In recent years, ophthalmologists have faced the problem of developing effective methods for the treatment of congenital malformations of the etiology of the disease.

Purpose of the study. However, dementia ranks high among the causes of blindness, visual impairment, and visual impairment, with morbidity accounting for 2-3% in children. Gilay is accompanied by monocular and binocular visual disturbances.

Materials and research methods. Clinical studies and treatment of patients with this disease were carried out in the ophthalmology department of the Andijan State Medical Institute, the ophthalmology department of the Regional Children's Multidisciplinary Hospital and the Medical Center Focal Eye Clinic. The studies consisted of continuous follow-up, comprehensive treatment, and subsequent prospective follow-up of patients at different stages of the disease during 2019-2021. A total of 48 patients (96 eyes) with this gallbladder disease were studied, with a greater emphasis on congenital partner gingivitis.

Results of the study: Two research groups of children with co-morbidities were analyzed: the first group was treated microsurgically (37 patients, 74 eyes), and patients in the second group were treated with conservative methods without surgery in children. (11 patients, 22 eyes)). In the 1st study group, 29.10% were congenital malformations and 47.90% were acquired malformations. It can be seen that the number of acquired Gilais is 1.5 times higher than that of congenital Gilais. The number of patients in Study Group 2 was 23.00% of the total number of patients examined. In the operative treatment of sick children divided into boys and girls, the total number of patients undergoing surgery for external rectus muscle resection and internal rectus muscle recession (combination method) was 9, 5 of them were girls aged 3 to 7 years. was performed in 2-3 years after the diagnosis was fully made. A total of 19 people underwent external rectal muscle resection, 11 of whom were girls. Intraocular muscle recession surgery was performed on 15 children, and the number of girls was twice as high as that of boys, at 6. According to the results of the distribution of microsurgery methods in children with co-morbidities in all patients in the first group of our study was 15 in boys and 22 in girls. Based on these figures, the incidence of the disease is 1.5 times higher in girls and surgical treatment is carried out at the age of 3-7 years.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Output. Patients with congenital and co-morbidities will be screened on the basis of clinical and ophthalmic equipment in selected groups based on visual impairment and visual impairment, which will be the basis for the selection of treatment procedures.

It was noted that the effectiveness of microsurgical and conservative treatment methods in individual groups of patients in coronary and co-morbidities, the overall advantage of microsurgical methods in the analysis of visual functions and their dynamics after treatment.

ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER

Nabiev R.R., master of the 3rd year

*Supervisor: Khakimov N.S., Madragimova B.A., Department of Oncology and Medical Radiology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Echinococcosis is a serious medical and social problem in many countries of the world, where large endemic foci remain and an increase in the number of cases is observed. In recent years, a tendency towards an increase in the incidence of echinococcosis has been clearly manifested.

In recent decades, there has been an increase in the number of patients with liver echinococcosis. In the world, 6500 initially diagnosed patients are annually registered. The effectiveness of the treatment of echinococcosis is associated with timely and correct diagnosis of this disease. echinococcosis of the liver.

Ultrasound research is the leading one in the recognition of the disease. However, ultrasound semiotics of echinococcosis of various localizations has not been sufficiently developed, criteria for differential ultrasound diagnostics of echinococcal diseases have not been determined.

Purpose of the study. To develop, according to the data of ultrasound diagnostics, new and to detail the known signs of liver echinococcosis, to determine the research algorithm depending on the affected area.

Materials and research methods. The data of ultrasound diagnostics of 49 patients with echinococcus of the liver, revealed during the examination of 86 patients with suspected disease, were analyzed.

Research results. The hydatidous form of echinococcus with damage to various organs and systems has common ultrasound signs, which make it possible to establish the parasitic nature of the lesion with high reliability in 86.9% - multi-chamber macrostructure, the presence of a multilayer capsule, echogenic suspension or one of the above signs.

Ultrasonic semiotics of echinococcosis depends on the age of the parasitic cyst - the "young" echinococcus looks like a simple cyst, as the capsule grows, it becomes multi-layered, daughter cysts appear, manifested by hyperechoic partitions, echogenic suspension. Signs of the "old" echinococcus are different degrees of calcification from the capsule, along with the growth of the capsule deposits of calcium salts in the capsule, loses its liquid structure.

Ultrasonic research method, leading in the screening of parasitic lesions of the abdominal cavity, retroperitoneal space, parenchymal organs of the abdominal cavity, soft tissues, heart, in the presence of an ultrasound window, provides significant assistance in clarifying pulmonary echinococcosis.

Tissue harmonic, color or power Doppler mapping increase the specificity of gray-scale ultrasound to 91.84%, sensitivity to 89.5%.

Differential ultrasound diagnostics of various forms of echinococcosis is based on the assessment of cavity and solid components of the foci, the absence of vascularization of echinococcal cysts.

Conclusion. Thus, in our observations, liver echinococcosis was presented mainly in the form of a multi-chamber cyst. Specific signs characteristic of lesions of parenchymal organs - echogenic suspension, multilayer capsule, calcifications in the capsule, with liver echinococcosis was not observed. Assumption of parasitic damage in 4 out of 5 patients was based on taking into account the endemicity of the region in which the patients lived, serological reactions.

THE IMPORTANCE OF INNOVATIVE TEACHING METHODS AND TOOLS IN TEACHING MEDICAL SCIENCES TO STUDENTS

M.B.Nuraddinova, M.Ibadullayeva

Urgench branch of Tashkent Medical Academy

According to a number of scientific pedagogical workers, to improve and the revitalization of the educational process in higher education is of great importance taking into account the peculiarities of university education, which requires restructuring in student's stereotypes of academic work prevailing in school, and weapons new skills and abilities of educational and cognitive activities. One of significant components of the strategy of restructuring vocational education is the widespread introduction of active forms of education into the educational process, which covers all types of classroom and extracurricular activities with students.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Experts designate several dozen in teaching practice phenomena that act as teaching methods, that is, special, purposeful pedagogical actions to organize cognitive and practical activities of students in the learning process. Most recognizable - exercises, story, conversation, play. To navigate in this diversity and understand which methods are advisable to use in a particular educational situation, in order to achieve certain goals, they need to build in a certain chain of command, in a system, that is, to classify. Scientific classification always "rests" on a certain basis: the main feature is highlighted, according to the manifestations of which it is built classification. Classifications of teaching methods take into account the essence the very concept of "teaching method". Teaching methods can vary from subject to subject and the teacher selects the best one for the topic. Whatever the method is, it should be suitable for the lesson and the age of the students.

Medical sciences are more difficult compared to another subjects, therefore the teachers who give lectures to medical students have to present the ideas in an easy way. The reason of the difficulties in explaining process, we think that usage of innovative technologies, such as, videos, audios, electron books are the best way of giving very beautiful lectures at the university.

Types of innovative educational technologies that can be used in a medical university: Lesson - conference - in quality of home assignment, each student is given a theme for performance (time regularly), the information should be from scientific publications, monographs. Lesson imitates scientific conference. Training - one from comparative new methods of interactive training. Various situations occurring in training groups, being educational and in this sense of the contextual, playful, for the learning, they appear as fully real situations in which it is necessary to act with full responsibility for the result of the action. Debates - exchanges on a specific problem. Brain strum - radiation from the group in a short time number of answer options. The technology for creating electronic textbooks is quite laborious and includes the following stages: definition of development goals and objectives according to guidelines, the development of the structure of the electronic textbook, development of content for sections and topics of the textbook, preparation of materials for individual structures of an electronic textbook, programming, approbation, content correction based on the results approbation, preparation of a methodological manual for the user.

Using technology in the classroom can allow teachers' to effectively organize and present ideas about lesson topics. Multimedia, such as, presentations related to the topic can make the material more meaningful and engaging.

Furthermore, electron laboratories also plays an important role in explaining the topic and helps teacher in difficult situations. For example, sometimes there is lack of chemical and biological compounds in laboratory, on that time using electron ones is the best way of solving problems. In order to know about the difference between teaching in traditional way, namely, using blackboard and chalk in audience and teaching in an innovative way means that using latest innovative pedagogical and information technologies in we have had an experiment with foreigner students. At the beginning of the experiment the students did not warned about this methodic, they had continued the lessons as usual.

The experiment had taken under the groups 112 A and 112 B for Biochemistry, on the other hand groups 113 A and 113 B have taken for Medical biology. The meaning of the experiment was teaching the groups separately in an separate way, for example, group 112 A and group 113 A took lessons only with the usage of blackboard, teacher's explanation, chalk and a book while groups 112 B and groups 113 B took classes in an innovative way, that is using laptops, demonstrating videos, playing different games, using internet and electron laboratory. The experiment has taken by the same biochemistry and medical biology teachers during a month, after a month we took a test from both groups, then made separate result for each of them. According to the result of the test 112 A and 113 A groups could solve 24 tests out of 30 which is given by biochemistry whereas 25 tests out of 30 by medical biology. On the other hand groups 112 B and 113 B could solve 28 tests out of tests out of 30 which is given by biochemistry whereas 29 tests out of 30 by medical biology.

The questions of the test was same for all groups, has taken lesson materials which the teacher had taught during the lessons. After finishing the experiment the result of the survey had calculated in percentages that the group of international students who got the traditional way based lessons showed 65% and 79% for biochemistry respectively while the group of international students who got the interactive way based lessons showed 72% and 82% for medical biology respectively.

So, pedagogical technology is main tool of teaching processes. Teaching successfully with technology requires continually creating, maintaining and re-establishing. Changing the shape and size of the educational material, the process of adapting the reader or the students, it also relates to educational technology. Pedagogical technology is, the objective aim of education and training, based on the diagnostic goals, the development and improvement of the content, methods and tools of teaching and learning, which is a teaching process that incorporates innovations in science and technology. As a conclusion, we can say that using new pedagogical and information technologies are one of the great opportunity is in teaching subjects, on the one hand, to develop of communicative competence of students who are studying in a high education is very difficult process. To elaborate subjects are comprehensive way to improve process because with authentic material, learner can practice with reading and speaking and it very efficient in teaching process, it will provide the future professionals for occupation.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

IMPROVEMENT OF ULTRASONIC STUDIES IN NODULAR FORM OF UTERINE MYOMA

Nuralieva M.A. - master of the 3rd course

*Supervisor: Rashidova Sh.U. - Department of Oncology and Medical Radiology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. In recent years, there has been a tendency towards an increase in the incidence of uterine fibroids and the "rejuvenation" of the disease, which may be due, on the one hand, to the improvement of diagnostics, on the other hand, to the widespread use of invasive obstetric and gynecological interventions (Caesarean section, abortion, hysteroscopy, laparoscopy, hysterosalpingo-graphy, biopsies and coagulations of cervical ectopies, diagnostic curettage, insertion and removal of the IUD, etc.) and an epidemic of inflammatory diseases of the genitals, sexually transmitted.

Purpose of the study. To substantiate the pathogenesis and morphogenesis of uterine myoma as a compensatory-adaptive response of the damaged organ, to establish the tumor or regenerative nature of the proliferation of smooth muscle cells in myoma, pathogenetically substantiate the possibility of early diagnosis, complex conservative management and the sequence of its stages depending on the type of growth of uterine fibroids, as well as measures its prevention.

Materials and research methods. The study involved 50 patients with uterine myoma and 20 healthy non-pregnant women, which constituted the control group. In both groups, a burdened family history of the development of benign and malignant tumors of the genital organs (including uterine fibroids) and extragenital localization was extremely rare (1: 25-26). In both groups, neurogenic infectious diseases (influenza, tonsillitis, adenovirus infection) were established, but in women with uterine myoma, these diseases were found in 100%, while in the control group - in 60% of cases.

Research results. The provoking factors for the development of uterine fibroids are chronic inflammatory foci in the myometrium, mechanical damage and internal endometriosis. The fastest growth is observed with intermuscular-submucosal localization of myomatous nodes in patients with chronic inflammatory diseases of the genitals and repeated intrauterine interventions in history. The low reproductive function of patients with uterine myoma is mainly due to the postponed inflammation and endometriosis.

Uterine fibroids can develop and grow when the level and balance of sex hormones in the blood is normal.

In comparison with the surrounding tissues of the uterus, the amount of associated microbial flora in the myomatous nodes is increased, including "problem" STD pathogens; the signs of endorganic intoxication are determined: accumulations of mononuclear phagocytes and the concentration of average molecular oligopeptides.

Morphological and immunohistochemical studies indicate the formation of "growth zones" of uterine fibroids in the form of bundle proliferation of smooth muscle cells around inflammatory infiltrates and endometrioid explants in the myometrium. In 7.41% of patients operated on for uterine fibroids, adenomyoma is revealed when studying histotopograms. In the increase in the size of uterine fibroids, a significant place is occupied by the production of collagen by phenotypically transformed smooth muscle cells, edema and degenerative changes in conditions of impaired microcirculation.

Oncological vigilance in determining the indications for surgical treatment and its volume is hardly justified. Smooth muscle cells of uterine fibroids are characterized by the absence of expression of the suppressor gene malignant shir53, low mitotic index, extreme rarity of pathological mitoses, normal mitotic regime and diploid DNA content, which makes it possible to consider uterine myoma not as a true tumor, but as a dysregenerative proliferate, substitution of damaged myometrium.

Existing myomatous nodes do not play a pathogenetic role in the formation of new ones, therefore, conservative myomectomy without subsequent hormonal and immunocorrection is only a palliative. In the complex of conservative management of patients with uterine myoma, antihormonal therapy and individually selected immunocorrection should be carried out.

Comprehensive conservative management of patients with uterine myoma requires a sequence of treatment stages, depending on the location, growth rate and size of myoma nodes. An important place in the treatment of small uterine fibroids is occupied by nimestran due to its pronounced antiprogesterone effect, along with antigonadotropic effect and direct suppressive effect on the explant endometrium. With its significant size, the use of antigonadotropic therapy is of secondary importance; it is most appropriate in the period immediately after conservative myomectomy. To achieve a high therapeutic effect when using nimestran in the treatment of uterine fibroids, the earliest possible diagnosis of the disease is required.

Early diagnosis of uterine fibroids can contribute to the successful comprehensive conservative management of this group of patients. The methods of the earliest possible diagnosis of uterine fibroids, along with ultrasound, are:

- determination of "average molecular" oligopeptides in the blood from the uterus, which are more than 2 times increased in patients with uterine myoma, in comparison with the control group;
- electrohysterography, in which the amplitude and frequency of the bioelectric activity of the uterus is doubled in comparison with the corresponding control indicators;
- computer automated study of biologically active points of the myometrium 49 C (R and L);

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

From a treatment and prophylactic point of view, the most important thing is to identify long-term preclinical stages in risk groups. One of the measures for the prevention of uterine fibroids is the timely diagnosis and adequate treatment of STDI1.

Conclusion. The considered possible mechanisms of the emergence and development of uterine fibroids as a reparative process in pathological conditions, the developed tests for detecting the early stages of the disease make it possible to identify risk groups and to carry out justified prevention and rational treatment.

The implementation of the results of the study is capable of providing prophylaxis and effective pathogenetic treatment in the early stages of the disease, which will reduce the number of radical surgeries for uterine fibroids.

The developed concept of the pathogenesis and morphogenesis of uterine fibroids, the identification of risk groups for the development of the disease, the substantiation of the possibilities of early diagnosis and treatment, depending on the stage of the process, contributes not only to the rejection of radical gynecological operations, leading to a decrease in the quality of life of women and reducing their efficiency, but also to reduction of the contingent of patients with uterine myoma.

MICROELEMENT STATUS AND RELATIONSHIP OF ITS IMBALANCE WITH THE DEVELOPMENT OF DISEASES IN CHILDREN

Nurmatov Rustam - student of the group 615 of Pediatric faculty

*Supervisor: Yunusov D.M. - Department of Propedeutics, Children Diseases and outpatient pediatrics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Recently, it has been shown that hair can be the object of research to identify the state of ME metabolism in the body. However, to study the rapidly current processes occurring in the body during a disease, the study of hair is not enough. More informative is the study of the content of ME in the blood and the determination of the diagnostic significance of the ratio of their content in serum and formed elements.

Despite the variety of studies performed, the problem of mineral imbalance and health disorders in children is far from being resolved and needs to be continued, especially in the regional aspect.

Purpose of the study. To study the indicators of microelement status, the relationship of its imbalance with the development of diseases in children and to develop, on this basis, scientifically grounded recommendations for the individual identification of microelementosis.

Materials and research methods. The study included 62 children with acute pneumonia living in the region since birth: 41 (67.7%) boys and 21 (32.3%) girls aged 1 to 8 years, the average age was $2.38 \pm 0, 15$ years. All children suffered from acute, community-acquired, uncomplicated pneumonia.

The control group consisted of 165 practically healthy children of the same age.

Research results. In 60% of healthy children; violations of microelement homeostasis were found. More pronounced in children of the second health group ($46.1 \pm 0.09\%$ and $64.1 \pm 0.57\%$, respectively; $p < 0.01$), which increases the relative risk of increasing; frequency, functional deviations in the state of health and increasing the incidence.

It is established, that the pathology of organs; respiration in children is characterized by a decrease in the concentration of blood iodides, the level of copper, selenium and an increase in the content of manganese in the uniform: blood elements; the most important microelements necessary to maintain the activity of the immune and antioxidant systems.

A feature of the microelement status in children with microbial-inflammatory kidney diseases is a decrease in the concentration of active iodide ions in the blood and an increase in the content of copper in: serum and blood, accompanied by a decrease in the concentration of copper, manganese and an increase in the content of lead in the blood cells. In children with glomerulonephritis, significant indicators are: an increase in the concentration of manganese in the blood serum and cobalt in the blood corpuscles. Changes in the content of trace elements in children with diseases is an additional etipathogenetic factor that determines the clinical course of the disease.

The scientifically substantiated and used PPN test made it possible to determine the individual sensitivity of blood neutrophils to the action of heavy metals and to establish an increased level of sensitization to Zn, Pb, Ni, Mn salts in 6.7% of healthy children and in 15-25%) of children with lung pathology and kidneys.

The proposed method for quantitatively assessing the content of trace elements using the integrated indicator of the content of trace elements (IPMS) and the calculated ranges, which we developed, makes it possible to identify children with an imbalance in the content of trace elements and to determine the level of health risk of the identified imbalance.

Conclusion. The obtained regularities characterizing the relationship of the elemental imbalance with the morphofunctional characteristics of the organism made it possible to determine the role of violations of the microelement status in the pathogenesis of bronchopulmonary pathology and kidney diseases in children and, as an additional diagnostic method, to recommend the determination of the content of microelements, taking into account changes in the ratios in their content.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

The developed integral indicator of microelement status will make it possible to identify children with an imbalance in the content of microelements and to determine the level of risk of the identified imbalance for their health.

INTEGRATED APPROACH IN THE PREVENTION OF SUICIDES AND SUICIDAL RISKS OF MINORS

Completed by: Nurmatov N, Master of the 2nd year.,

Scientific advisers: Agranovskiy M.L., Kozimzhonova I.F., Saliev M.M., Muminov R.K.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

Relevance. In recent years, the problem of suicidal behavior in children and adolescents has attracted close attention of researchers in various specialties - psychiatry, psychology, anthropology, sociology, forensic science and others. This is due to the steady increase in the suicidal activity of young people in the second half of the 20th century. According to WHO materials, suicide as a cause of death came to one of the first places in the world. Suicides in persons under the age of 25 constitute approximately 19% of the total number of suicides.

Purpose of the study. To study the psychological characteristics of patients with clinical and typological personality disorder who have committed a single suicidal attempt in adolescence

Materials and research methods. The study involved 12 people, 8 men, 4 women, aged 18 to 19 years old, the average age was 18.5 ± 0.5 .

All study participants in different periods of time (2019-2020) were on outpatient and inpatient treatment in the AOPSD with an established diagnosis of "emotionally unstable personality disorder" (ICD code 10 F60.3), all subjects had a single suicide attempt at age 15-17 years old.

Research results. According to the results of the study, it was found that in 41.6% of patients, suicidal attempts at the age of 15-17 years were single and were demonstrative in nature, carried out in the form of suicidal blackmail with the application of superficial self-cuts, the motives of behavior were "deprivation of computer games", "restriction of meetings with friends", "poor academic performance".

In 58.4% of patients, suicidal attempts at the age of 15-17 were also single, but were committed against the background of an acute affective reaction and were impulsive, carried out in the form of attempts at poisoning, deep self-cuts, the motives of behavior were "unhappy love". In the family history, 15% of patients showed alcohol dependence on the maternal side, 5% had drug abuse (hashish, heroin) on the paternal side. Heredity of mental illness (schizophrenia, epilepsy) was aggravated in 10% of patients.

Periodic use of surfactants was observed in 25% of patients. Violation of school adaptation was observed in 66.7% of patients. In an incomplete family, 50% of patients were brought up, the parents' divorce was carried out at an early age of children, the relationship with the father was not maintained.

The study of personality traits in patients diagnosed with "emotionally unstable personality disorder" revealed: emotional instability, a tendency to irritation reactions, impulsivity, dysregulation of the volitional component of activity, unstable self-esteem, categorical judgments, high demands on others, a tendency to attach particular importance to their experiences, the limited repertoire of ways of responding in the event of conflict, problem situations, characterized mainly by the predominance of confrontation, evaluative statements, avoidance, for the place of constructive attempts to resolve problems. Patients lack social support.

The above tendencies can determine low adaptive capabilities, difficulties in choosing neutral and constructive solutions in affectively saturated situations, which increases the likelihood of direct, situational actions without taking into account the possible consequences of their actions.

Conclusions. Patients with emotionally unstable personality disorder who have committed a single suicidal attempt in adolescence have a low level of psychosocial adaptation. In patients with emotionally unstable personality disorder who have committed a single suicidal attempt in adolescence, two types of suicidal manifestations are identified.

The first type - demonstrative, was carried out in the form of suicidal blackmail with the application of superficial self-cuts, the motives of behavior were "deprivation of computer games", "restriction of meetings with friends", "poor academic performance."

The second type of suicidal behavior against the background of an acute affective reaction, which is impulsive in nature, which was carried out in the form of attempts at poisoning, causing deep self-cuts, the motives of behavior were "unhappy love».

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

CORRECTIVE EFFECTS OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE IN VISUAL IMPAIRMENT IN CHILDHOOD

Odilov S.J. - student of the 2 course of Dental faculty

*Supervisor: Adilova G.R. - Department of Neonatology Improvement and Retraining of Doctors
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The role of the visual analyzer in the psychophysical development of a child is great and unique. Disruption of his activity causes significant difficulty in cognition of the world around him restricts social contacts and opportunities for engaging in many types of activities. Persons with visual impairments have specific features of activity, communication and psychophysical development. These features are manifested in lagging, impairment and development of the motor sphere, spatial orientation, the formation of ideas and concepts, in the methods of practical activity, in the peculiarities of the emotional-volitional sphere, social communication, integration into society, adaptation to work.

Purpose of the study. To assess the effectiveness of the proposed physical rehabilitation in children with visual impairment.

Materials and research methods. The study included 150 children with disabilities, belonging to the group of functional visual impairments. Of these, 74 (49.3%) children were visually impaired, 7 (4.6%) children with organic lesions of the visual analyzer and 69 (46%) children who cannot use vision in orienting and cognitive activities.

Research results. In connection with the dysfunction of the visual analyzer in children, there is a lag, both in physical development and in the functioning of body systems.

Prior to rehabilitation, physical development was noted as disharmonious in two groups. The course of activities led to an improvement in morphometric characteristics and an increase in the level of physical development of boys in the main group to a harmonious level ($p > 0.05$).

As a result of the use of general strengthening physical exercises and massage, the functional capabilities of the cardiovascular and respiratory systems increased. Improving the position of the physiological curves of the spine contributed to the opening of the chest and an increase in ventilatory function by 11.8% ($p < 0.05$). The combination of respiratory and joint-muscular exercises created conditions for economizing the mechanics of respiration - the respiratory rate decreased by 6%. During muscular work, an additional capillary network of the alveoli is opened, the respiratory muscles are strengthened and developed, which contributes to an increase in the volume of the chest.

The complex of rehabilitation effects increased the adaptive capabilities of the cardiorespiratory system to hypoxic loads by 8 and 29% ($p < 0.05 - 0.001$).

To assess the psychoemotional state, the Luscher color test was performed and the neuropsychic state of the children was assessed.

At the beginning of rehabilitation, a satisfactory emotional state was determined in both groups.

After the course of rehabilitation in the main group, the indicator of psychoemotional state improved by 20.5% ($p < 0.01$) relative to the initial level and reached a favorable state, while in the control group the state remained at the same level.

A comparative analysis of the changes in the indices of the main and control groups after the course of rehabilitation showed a significant difference, which indicates the effectiveness of the use of the used means of adaptive physical culture.

Conclusion. The performed set of physical exercises helped to optimize visual functions in 75 (50%) children and helped to avoid surgery in 2 (1.3%) children.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF IRRITATED INTESTINAL SYNDROME IN CHILDREN WITH COMBINED INJURY OF THE UPPER DIGESTIVE TRACT

Odilov S.J. - student of the 2 course of Dental faculty

*Supervisor: Adilova G.R. - Department of Neonatology Improvement and Retraining of Doctors
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Recently, results have been obtained that confirm the presence of common pathogenetic mechanisms in the development of IBS and functional dyspepsia. So, in patients with functional dyspepsia from the upper digestive tract, a number of changes observed in IBS are revealed. Patients with functional dyspepsia (in 50% of patients) are characterized by various types of gastric movement disorders, such as gastric accommodation disorder. In addition, balloon inflation studies in the stomach and duodenum have shown that patients with functional dyspepsia exhibit an increased sensitivity to gastric distension. This phenomenon of visceral hyperalgesia is highly specific for functional dyspepsia and for IBS. At the same time, less importance is attached to various morphological changes in the mucous membrane of the gastroduodenal zone, the level of acid production in the genesis of clinical symptoms.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Considering the leading role of autonomic dysfunctions in the pathogenesis of IBS, it can be assumed that disorders of the autonomic system of the body are the cause of the formation of some combined lesions of the upper and lower gastrointestinal tract.

Thus, it seems important to comprehensively study the state of autonomic homeostasis in children with irritable bowel syndrome, depending on the clinical variant of the disease, as well as on the presence of concomitant lesions of the upper digestive tract.

Purpose of the study. To establish the clinical features of manifestations of irritable bowel syndrome in children with combined pathology of the upper digestive tract in order to optimize therapeutic and prophylactic measures.

Materials and research methods. 216 children and adolescents were examined. The main group consisted of 116 children with irritable bowel syndrome at the age of 7-14 years (mean age 8.0 ± 0.69 years), of which 117 were girls and 99 were boys.

Research results. The most pronounced clinical symptoms of irritable bowel syndrome are detected in patients with a clinical variant with a predominance of diarrhea in older school age in girls, and in younger school age in boys.

A high sensitivity and specificity of the main symptoms in children with this disease has been established, the highest sensitivity and specificity are characteristic of the symptom "pain relief after defecation".

Clinical symptoms characterizing the defeat of the upper digestive tract in children with irritable bowel syndrome are observed in 40% of patients. Morphological changes are detected in 92% of patients, while superficial (57% of patients) gastritis is predominant. These changes are non-specific and do not depend on the clinical variant of the disease.

Changes in the esophagus by the type of esophagitis are observed in 51% and are more often observed in the clinical variant of the syndrome with a predominance of diarrhea (69% of children).

Autonomic dysfunctions are detected in 88% of patients with irritable bowel syndrome. The clinical variant of irritable bowel syndrome with a predominance of constipation is characterized by activation of the parasympathetic division of the autonomic nervous system in 45.2% of children, changes in the type of sympathicotonia are characteristic of, variants of irritable bowel syndrome with a predominance of diarrhea (57.6%) and with a predominance of pain and flatulence (63.3%).

The normalization of autonomic dysfunctions in patients with irritable bowel syndrome with a predominance of vagotonia is achieved by the inclusion of EHF-therapy at biologically active points in the author's modification in the complex therapy, and electrophoresis with sodium bromide on the collar zone with the predominance of sympathicotonia.

Conclusion. On the basis of the identified clinical features of irritable bowel syndrome in children, a differential diagnostic table has been developed for medical practitioners, the use of which contributes to an increase in the efficiency of diagnostics of irritable bowel syndrome in children.

The necessity of including fibrogastroduodenoscopy and cardiointervalography in a complex examination of patients with an established diagnosis of irritable bowel syndrome and cardiointervalography in order to identify lesions of the upper digestive tract and the type of autonomic dysfunctions has been substantiated.

For effective correction of the revealed autonomic dysfunctions, the use of electrophoresis with sodium bromide on the collar zone at the initial sympathicotonia and EHF-therapy using biologically active points at the initial vagotonia is justified.

FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION ON THE BACKGROUND OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Olimjonov B - 1st year student of medical faculty

*Scientific adviser: Ismoilov I.I. - assistant, Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute*

The relevance of the problem. In recent decades, the issues of comorbidity in the clinic of internal diseases are a serious problem of practical health care. Comorbid conditions in the clinic of internal diseases are of great interest from researchers due to the increasing prevalence mutually burdensome of disease, changes in the clinical picture of a disease under the influence of another and worsening of prognosis.

One of these markers is homocysteine. It is established that an increase in the concentration of homocysteine - hyperhomocysteinemia, is of leading importance in the pathogenesis of the development and progression of atherosclerosis, coronary heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, etc.

In connection with all of the above, the relevance of studying hyperhomocysteinemia in cardiopulmonary comorbidity: myocardial infarction against the background of chronic obstructive pulmonary disease is beyond doubt.

The purpose of the study. To study the level of homocysteine and the frequency of hyperhomocysteinemia in patients with cardiopulmonary comorbidity: myocardial infarction against the background of chronic obstructive pulmonary disease.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Material and methods of research. 146 people were examined, which comprised the following groups : Group I-patients with myocardial infarction (n=30); Group II-patients with cardiopulmonary comorbidity: myocardial infarction against the background of chronic obstructive pulmonary disease (n=54); group III - patients with chronic obstructive pulmonary disease (n=32) and control group - 25 somatically healthy individuals of the Andijan region (n= 30).

Criteria for inclusion in the study: the presence of documented ST-segment elevation myocardial infarction in patients no more than 12 hours after the angina attack, confirmed by ECG results, serum markers of necrosis, and the presence of a history of chronic obstructive pulmonary disease, age up to 64 years. In the study patients with myocardial infarction, which was a complication of percutaneous coronary intervention or coronary bypass surgery, as well as patients with end-stage renal failure (glomerular filtration rate less than 30 ml/min) and diagnosed oncological diseases were not included. To learn the level Homocysteine in the subjects was used by the method of enzyme immunoassay, using the commercial test system "Axis Homocysteine " ("Axis-shield Diagnostics Ltd", Great Britain).

Written consent was received from all patients and somatically healthy individuals. Informed consent to participate in the study.

Results of the study: In somatically healthy individuals, the median homocysteine level was 10.5 mmol /L with inter-percentile ranges (6.2; 14.7). In the group of patients with myocardial infarction, the median homocysteine level was 13.4 (7.4; 25.4) mmol / L, which was statistically significantly higher than in the control group ($p = 0.031$). In the group of patients with chronic obstructive pulmonary disease, the median homocysteine level was 33.6 (7.1; 44.4) mmol / L, which was statistically significantly higher than in the group of somatically healthy individuals ($p = 0.001$) and in the group of patients with myocardial infarction ($p = 0.012$). The combination of myocardial infarction on the background of chronic obstructive pulmonary disease homocysteine level was 44.5 $\mu\text{mol} / \text{l}$ (7.5; 52), which was statistically significantly higher in comparison not only with group somatically healthy individuals ($p < 0.001$), but with a group of patients with myocardial infarction ($p < 0.001$), and patients with chronic obstructive pulmonary disease ($p = 0.002$).

Conclusions: In patients with myocardial infarction, chronic obstructive pulmonary disease, as well as in patients with myocardial infarction against the background of chronic obstructive pulmonary disease, an increase in the level of homocysteine was found in comparison with a group of somatically healthy individuals. It was found that patients with a combination of myocardial infarction with chronic obstructive pulmonary disease have the highest increase in the concentration of homocysteine in blood plasma compared to patients with both myocardial infarction and chronic obstructive pulmonary disease.

ANALYSIS OF PROTEIN PARAMETERS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Olimjonov B - 1st year student of medical faculty

*Scientific adviser: Yunusova Z.V. - assistant, Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute*

Atrial fibrillation is classified by the world medical community as one of the three cardiovascular "epidemics of the XXI century", along with chronic heart failure and diabetes mellitus. Atrial fibrillation was found to be an independent predictor of death. Most often, atrial fibrillation occurs in various nosological units of coronary heart disease.

The purpose of the study. To study and analyze the parameters of protein and lipid oxidative stress in patients with coronary heart disease.

Materials and methods of research. We examined 85 patients with atrial fibrillation, divided into groups depending on the form of atrial fibrillation (paroxysmal, permanent) and the presence or absence of a combined pathology in the form of tension angina (STN). Somatically healthy individuals (30 people) formed the control group. There were no statistically significant gender and age differences between the groups of patients with atrial fibrillation and somatically healthy individuals.

The results of the study. The parameters of protein and lipid oxidative stress were studied and analyzed in 85 patients with atrial fibrillation of ischemic origin, accompanied by angina pectoris and without it. In patients with both paroxysmal and permanent atrial fibrillation, a decrease in the activity of copper/zinc-dependent and total superoxide dismutase was found, which reflects the inhibition of the body's antioxidant defense. The revealed intensification of protein peroxidation was most pronounced in the group of patients with a constant form of atrial fibrillation with tension angina. The data obtained indicate the role of reduced antioxidant protection and the processes of protein peroxidation in the destabilization of coronary heart disease.

Conclusion. In the result of the analysis of the level of protein and lipid oxidative stress in patients with atrial fibrillation paroxysmal and permanent form in combination with angina pectoris and without it it has been found that the decrease in the activity of SOD and Ls. CuZn-SOD in patients with paroxysmal, as a permanent form of atrial fibrillation, independent of the presence of angina. At the same time, the most pronounced decrease in the level of SOD was observed in the group of patients with a permanent form of atrial fibrillation. No dependence of total SOD activity on the presence of tension angina was found in the group of patients with paroxysmal atrial

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

fibrillation. An increase in the products of oxidative stress and the level of AORR in patients with paroxysmal and permanent atrial fibrillation is detected more often in groups of patients in combination with angina pectoris. The data obtained indicate the role of reduced antioxidant protection and the processes of protein peroxidation in the destabilization of coronary heart disease.

THE COURSE OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

*Oktamov R.T.-1 course Master of Endocrinology
Scientific adviser: Yusupova Sh.K., Ph.D., associate professor,
Department of Hospital Therapy and Endocrinology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. According to current estimates, by 2035 the prevalence of diabetes mellitus in the world will increase to almost 600 million people. In the Russian Federation, according to the state register of diabetes mellitus, the number of patients with diabetes / year is 4.04 million: 340 thousand - with type I diabetes and 3.7 million - with type II diabetes. It is assumed that the true number exceeds these data by 3-4 times. Complications of diabetes mellitus are widespread in clinical practice, and the fight against them is much more difficult than with diabetes itself.

Purpose of the study. To improve the results of treatment of patients with purulent-necrotic complications of diabetic foot syndrome by adding an antibacterial drug of the macrolide group to the antibacterial regimen.

Materials and research methods. The work was performed in the design of a prospective, randomized, comparative study with a parallel group. The study included patients with diabetes mellitus and diabetic foot syndrome who were inpatient treatment in the department of purulent surgery of the City Clinical Emergency Hospital of Ryazan (head of the department V.T.Kumakhov) in the period from September 2015 to May 2017. The patients were randomly assigned to groups.

Research results. All work with experimental animals was carried out in compliance with the humane treatment of animals, as well as in accordance with the GLP rules. To assess the effectiveness of the use of macrolide antibacterial drugs for the course of the wound process against the background of alloxan diabetes, all animals were divided into three groups of 25 animals each, individual placement. The first group was an intact control; the animals did not receive local and general therapy. The second group - experimental 1, whose animals received intramuscular injections of clarithromycin according to the established scheme (150 mg / kg / day for 10 days). The third group - experimental 2, whose rats received intramuscular injections of the drug ceftriaxone according to the scheme of 50 mg / kg / day. Within 10 days. Animals were withdrawn from the experiment, five individuals from each group on the 3rd, 7th, 14th, 21st and 28th days to collect material and control the wound process.

Output. The rate of healing of wound defects in rats with a model of an infected full-thickness skin wound against the background of experimental diabetes after the use of clarithromycin was 3.5 times higher than that of animals in the control group ($p \leq 0.05$) and did not differ from the group of animals that received injections of III generation cephalosporin ($p > 0.05$).

DIAGNOSIS OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

*Oktamov R.T.-1 course Master of Endocrinology
Scientific adviser: Yusupova Sh.K., Ph.D., associate professor,
Department of Hospital Therapy and Endocrinology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. According to current estimates, by 2035 the prevalence of diabetes mellitus in the world will increase to almost 600 million people. In the Russian Federation, according to the state register of diabetes mellitus, the number of patients with diabetes / year is 4.04 million: 340 thousand - with type I diabetes and 3.7 million - with type II diabetes. It is assumed that the true number exceeds these data by 3-4 times. Complications of diabetes mellitus are widespread in clinical practice, and the fight against them is much more difficult than with diabetes itself.

Purpose of the study. To improve the results of treatment of patients with purulent-necrotic complications of diabetic foot syndrome by adding an antibacterial drug of the macrolide group to the antibacterial regimen.

Materials and research methods. For experimental modeling of hyperglycemia caused by absolute insufficiency of insulin in the body, and other metabolic disorders characteristic of type 1 diabetes mellitus, we used destruction of β -cells of the islets of Langerhans by the introduction of Alloxan (ureide of mesoxalic acid). The main mechanism of the destructive action of alloxan is the generation of reactive oxygen species in a cyclic reaction with hyaluronic acid, which initiate the destruction of β -cells with low antioxidant protection. The destruction of β -cells by these compounds causes a decrease in the synthesis and secretion of insulin into the blood, as a result of which

the animals develop hyperglycemia and diabetic syndrome, similar to insulin-dependent type 1 diabetes mellitus. Alloxan DM was simulated by a single intraperitoneal injection of a solution of alloxan hydrate (India) in 0.4 ml of citrate buffer at a dose of 170 mg / kg of body weight. The choice of this model is due to the fact that it is she who is the basic one in the preclinical study of drugs. The animals were preliminarily fasted for 24 h with free access to water.

Research results. With the introduction of diabetogenic doses of alloxan, the blood glucose level increased from the very first day. However, blood glucose levels varied throughout the experiment. Thus, in 17.3% of animals, blood glucose did not exceed 9.0 mmol / L (8.78 ± 0.21). The rest of the population had average values of 28.15 ± 3.39 mmol / L. The distribution of laboratory animals according to the blood glucose level in the groups was as follows (tab. 9): in the control group 3 (12%) rats were weakly sensitive to alloxan, glucose - 8.78 ± 0.21 mmol / l, in group experiment 1 4 (16%) animals with an average glucose value of 8.89 ± 0.27 mmol / L, in the experiment group 2 in six individuals, the average blood glucose values were 8.80 ± 0.16 mmol / L. During the statistical analysis, there were no differences in this indicator in the groups ($p > 0.05$).

Output. Clarithromycin therapy in rats with an infected model a full-thickness skin wound on the background of alloxan diabetes compared with a control group and a group of animals treated with cephalosporin III generation, increased the number of actively phagocytic cells by 1.8 and 1.2 times respectively, and also led to an increase in their absorption capacity of 2.0 and 1.7 times, respectively ($p < 0.05$).

TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

*Oktamov R.T.-1 course Master of Endocrinology
Scientific adviser: Yusupova Sh.K., Ph.D., associate professor,
Department of Hospital Therapy and Endocrinology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. According to current estimates, by 2035 the prevalence of diabetes mellitus in the world will increase to almost 600 million people. In the Russian Federation, according to the state register of diabetes mellitus, the number of patients with diabetes / year is 4.04 million: 340 thousand - with type I diabetes and 3.7 million - with type II diabetes. It is assumed that the true number exceeds these data by 3-4 times. Complications of diabetes mellitus are widespread in clinical practice, and the fight against them is much more difficult than with diabetes itself.

Purpose of the study. To improve the results of treatment of patients with purulent-necrotic complications of diabetic foot syndrome by adding an antibacterial drug of the macrolide group to the antibacterial regimen.

Materials and research methods. In the period from 2015 to 2017. On the basis of the department of purulent surgery of the emergency hospital in Ryazan, a comprehensive examination and treatment of 65 patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, neuropathic and neuroischemic forms (without critical ischemia) was carried out. At the time of admission to the hospital, all patients had a diabetic foot infection, which required antibiotic therapy. All patients underwent surgical debridement of the wound defect, which consisted of opening the abscess, small amputations within the forefoot, and removal of necrotic tissue. The volume of surgical intervention was determined individually for each specific patient. After surgical intervention, patients were randomly assigned to groups, depending on the approach to antibiotic therapy.

Results of the study. However, throughout the experiment, the level of blood glucose was different. Thus, in 17.3% of animals, blood glucose did not exceed 9.0 mmol / L (8.78 ± 0.21). The rest of the population had average values of 28.15 ± 3.39 mmol / L. The distribution of laboratory animals according to the blood glucose level in the groups was as follows (tab. 9): in the control group 3 (12%) rats were weakly sensitive to alloxan, glucose - 8.78 ± 0.21 mmol / l, in group experiment 1 4 (16%) animals with an average glucose value of 8.89 ± 0.27 mmol / L, in the experiment group 2 in six individuals, the average blood glucose values were 8.80 ± 0.16 mmol / L. During the statistical analysis, there were no differences in this indicator in the groups ($p > 0.05$). All work with experimental animals was carried out in compliance with the humane treatment of animals, as well as in accordance with the rules of GLP. To assess the effectiveness of the use of macrolide antibacterial drugs for the course of the wound process against the background of alloxan diabetes, all animals were divided into three groups of 25 animals each, individual placement. The first group was an intact control; the animals did not receive local and general therapy. The second group - experimental 1, whose animals received intramuscular injections of clarithromycin according to the established scheme (150 mg / kg / day for 10 days). The third group - experimental 2, whose rats received intramuscular injections of the drug ceftriaxone according to the scheme of 50 mg / kg / day. Within 10 days. Animals were withdrawn from the experiment, five individuals from each group on the 3rd, 7th, 14th, 21st and 28th days to collect material and control the wound process.

Output. Against the background of combined antibacterial therapy with a group of macrolides, there was no growth of microorganisms on a nutrient medium on the 14th day of treatment, while in the comparison group the bacterial contamination of the wound field during this period varied from 103 to 105 CFU ($p < 0.05$).

INTENSIVE INFUSION THERAPY IN CRITICAL PATIENTS

*Completed by: Yu.Sh. Ozodbekov, 1st year master
Scientific advisers: Mamatov B.Yu. Ph.D. assistant professor,
Departments of Anesthesiology and Reanimatology
Andijan State Medical Institute*

Relevance of the topic. To characterize such a patient's condition, in which there are disorders of physiological functions and disturbances in the activity of individual systems, which cannot spontaneously be corrected by self-regulation and require partial or complete correction or replacement, the term "critical state" is used.

The purpose of this study is to identify regular violations of the main parameters of the functional systems of the body to predict the development of the pathophysiological process, to determine the pathogenetically grounded, optimal options for conducting intensive infusion therapy, which have a beneficial effect on the adaptive and compensatory processes of the cardiovascular and respiratory systems and improve treatment outcomes in critically ill patients. states.

Materials and research methods. An objective criterion for assessing the severity of the condition of the considered category of patients in the process of infusion therapy is the monitoring of such indicators as cardiac output, total peripheral vascular resistance to blood flow. The diagnostic value of these parameters, as early precursors of developing complications, is very high.

Research results. For the first time, the dynamics of changes in the parameters of central hemodynamics and the function of external respiration with various variants of intensive infusion therapy is shown on clinical material. Differences in the physiological reactions of the body were revealed depending on its adaptive capabilities and the state of reactivity of the cardiovascular system. The critical levels of the main indicators of central hemodynamics in the process of infusion therapy - the ranges of permissible fluctuations - have been established. The bioenergetic value of the use of normothermal infusion therapy has been substantiated, its beneficial effect on the functional activity of a number of body systems has been established, and data has been obtained on the preservation of the body's adaptive capabilities.

For the first time, the significance of the indicator of total peripheral resistance in the process of infusion therapy in predicting the reaction of the cardiovascular system to the load and subsequent treatment results is shown. For the first time, on the basis of a mutually subordinate aggregate analysis of correlations, the relationship between various indicators of water exchange was revealed, which made it possible to propose fluid balance criteria for the early prognosis of complications, to determine the tolerable volumes of infusion therapy in patients with resuscitation profile.

A pathogenetically meaningful corrective therapy has been selected for disorders of the cardiovascular system, respiratory function and oxygen balance of the body, which makes it possible to reduce the number of complications and mortality in the most severe category of patients. The results obtained make it possible to put forward an important aspect of further research. By registering a sequential series of the studied parameters and their changes in response to any dosed therapeutic effect, it is possible, in the long term, on the basis of simulation modeling, to determine the further behavior of the system and make a decision to draw up the stages of an individual intensive infusion therapy program.

Conclusion: Traditional infusion therapy plays an important role in thanatogenesis in critically ill patients, since it limits the contractility of the myocardium and the pumping function of the heart in general, reduces the adaptive capacity of the cardiovascular system in response to adverse factors in the immediate postoperative period. Normothermic infusion therapy largely retains the possibility of adaptive regulation of the level of the functional state of blood circulation within the physiological norm.

INTENSIVE INFUSION THERAPY IN PATIENTS

*Completed by: Yu.Sh. Ozodbekov, 1st year master
Scientific advisers: Mamatov B.Yu. Ph.D. assistant professor,
Departments of Anesthesiology and Reanimatology
Andijan State Medical Institute*

Relevance of the topic. The overwhelming majority of patients in the intensive care unit are patients who have undergone any emergency or planned surgery. The increase among them of the contingent of patients of older age groups with pronounced age-related involutive changes in all organs and systems of the body, the presence of many concomitant diseases, a decrease in the adaptive and compensatory capabilities of the body, makes it imperative to carry out careful adequate dynamic control over the state of the patient's homeostasis.

Purpose of the study. The development of fluid therapy is mainly empirical and not theoretical. This, apparently, can explain the insufficient effectiveness of infusion therapy in critically ill patients.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Materials and research methods. The main mechanisms of the development of dysfunction of the cardiovascular system in the early postoperative period in patients with reduced compensatory capabilities of the body have been determined.

Research results. For the first time, on the basis of a mutually subordinate aggregate analysis of correlations, the relationship between various indicators of water exchange was revealed, which made it possible to propose fluid balance criteria for the early prognosis of complications, to determine the tolerable volumes of infusion therapy in patients with resuscitation profile. A pathogenetically meaningful corrective therapy was selected for violations of the indicators of the cardiovascular system, the function of external respiration and the oxygen balance of the body, which allows to reduce the number of complications and mortality of the most severe category of patients.

The results obtained provide an opportunity to highlight an important aspect of further research. By registering a sequential series of the studied parameters and their changes in response to any dosed therapeutic effect, it is possible, in the long term, on the basis of simulation modeling, to determine the further behavior of the system and make a decision to draw up the stages of an individual program of intensive infusion therapy.

Output. Identification of early clinical manifestations of the development of critical conditions caused by adaptive or maladaptive changes in the functional systems of the body, principles and approaches to creating methods and means of adequate intensive infusion therapy.

FUNCTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Sagdullaev A.A., Malikov Z.M. - students of the group № 301 pediatric faculty

*Scientific supervisor: Shodiyeva G.R. - the assistant of the Department of internal diseases of pediatric faculty
Samarkand State Medical Institute*

Relevance: Asthma disease (AD) remains an urgent problem of modern medicine with a social aspect, since the incidence and prevalence of this disease continues to grow among all population groups, which, according to various data, varies in the range of 5-10 %, but there are data on the prevalence of up to 18 %.

Objective: To study the features of changes in the functional parameters of the bronchopulmonary system in patients with AD.

Materials and methods: 80 patients with AD and 20 healthy individuals included in the control group were examined. The study was conducted in the conditions of the therapeutic department of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care. The age of the patients ranged from 28 to 60 years and averaged 44 years. Among all the surveyed men were 49 (62%), women - 31 (38%). The duration of the disease in 43 patients was more than 15 years, in 27 patients-10-15 years, and in 10 patients-less than 10 years. Of the total number of patients, 41 had severe AD, 27 had moderate AD, and 12 had mild AD. The diagnosis of AD was verified according to the WHO international classification (X revision, ICD-10) and in accordance with the diagnostic criteria of GINA (The Global Initiative for Asthma–Global Initiative for AD). Along with general clinical and laboratory methods of research, the parameters of the external respiratory function (ERF) were studied using the SpirosiftSP-5000 device. Chirography was used to verify obstructive and restrictive changes in the bronchi. The study was conducted under conditions of relative rest in a sitting position. The following parameters were measured: vital capacity of the lungs (VEL, L), Tiffno index (FEV₁/FVC ratio, expressed as a percentage), peak volume expiratory velocity (PIC) and maximum volume velocities after exhalation of 25, 50 and 75 % FVC (MOS50, MOS75). The analysis of indicators for determining the vital capacity of the lungs, maximum lung ventilation (MVL), respiratory rate (BH), forced expiratory volume in 1 second (FEV₁), revealed the presence and severity of bronchial patency disorders, as well as restrictive disorders.

Results: Clinical and instrumental examination revealed expiratory dyspnea, dry wheezing, amplified on exhalation, heard both during auscultation and at a distance, box percussion sound in all patients. The analysis of indicators of respiratory function showed that in patients with asthma, severe treatment, compared with healthy persons and in patients with moderate form BA observed a significant decrease in vital capacity (VC, 1.8 and 1.9 times, respectively), forced expiratory volume in 1 second (FEV₁, 1.7 and 1.8 times, respectively), the tiffeneau index (it, 1.2 and 1.3 times, respectively), peak expiratory flow (PSV, 2.1, and 2.2 times, respectively), the maximum amount of speed (MOC25 =1.3-1.8 times, respectively), the amount of speed in the secondary bronchi (MOC50-1.1-1.7 times, respectively), the volume of the velocity in the large bronchi (OS75=2.4-2.6 times). The duration of the disease has a weak correlation with a decrease in the Tiffno index, and a pronounced correlation with a decrease in the peak expiratory rate. The maximum amount of speed in patients depended on the duration of the disease. The course of the disease in patients with AD with changes in the cardiovascular system contributed to the deterioration of the indicators of external respiratory functions. Thus, in patients with AD, with an increase in the duration of the disease, there was a decrease in the indicators of VEL, FEV₁, which indicated an increase in the degree of bronchial obstruction.

Conclusions: The analysis of FVD indicators showed that patients with mild and moderate AD have obstructive pulmonary ventilation disorders, and patients with severe AD have mixed disorders with the addition of a restrictive component. In patients with disease duration of more than 10 years, the BA clinic becomes more severe,

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

which contributes to the development of complications: emphysema, pneumosclerosis, respiratory and pulmonary-heart failure.

ULTRASOUND CONTROL OF MINIMALLY INVASIVE JOINT SURGERY IN PATIENTS WITH HEMOPHILIC POLYARTHROPATHY

*Saidkhuzhaeva S. - student of the group 427 of medical faculty,
Supervisors: Yakubbekova M.K. - Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute*

Introduction. The main manifestation of hemophilia is joint damage, causing the development of hemarthrosis, chronic synovitis, osteoarthritis, which ultimately leads to the destruction of cartilage and articular surfaces, dysfunction of the joint and subsequent disability.

Purpose of the study. To increase the effectiveness of minimally invasive surgery in patients with hemophilic polyarthropathy.

Material and research methods. In 2018, 49 patients with hemophilia were treated at the AGMI clinic, all of them had a severe course of the disease.

Research results. Intra-articular administration of diprosan ($n = 31$) resulted in pain relief. Rifampicin synoviorthesis was performed in 5 patients with chronic synovitis of the knee ($n = 3$) and elbow ($n = 2$) joints. Previously, aspiration of hemorrhagic contents (from 20 to 100 ml) was required from the knee joint cavity.

In one case with an enclosed synovial cavity, additional puncture of this cavity under ultrasound guidance, aspiration of the contents, and administration of the drug were required.

Carrying out rifampicin synoviorthesis under ultrasound guidance, visualization of the effusion in the joint cavity, allowed to minimize the pain syndrome, in comparison with the group of patients who had previously been injected intra-articularly with rifampicin and had a pronounced pain syndrome. Intra-articular injection of chondroprotectors ($n = 230$) in the knee ($n = 130$), ankle ($n = 78$) and elbow ($n = 22$) joints made it possible to reduce joint pain for a period of 6 to 8 months, relieve starting pain and increase the volume of movements in the joint.

Conclusions. Ultrasound control of minimally invasive surgery in the joints allows visualizing the course of the operation, assessing the degree of fluid aspiration from the cavity, controlling the distribution of the drug in the joint cavity, excluding extra-articular administration of the drug and, accordingly, reducing the severity of pain.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF ESOPHAGAL DISEASES IN CHILDREN WITH DIFFERENT BODY MASS

*Samiyeva G. – student 3 courses of the pediatric faculty
Scientific adviser: Farmokulova Yo.R. - Department of Optional Pediatrics and Neonatology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Diagnosis of diseases of the upper digestive tract, in particular lesions of the esophagus, is usually based on the results of endoscopic examination, which coincide with the morphological diagnosis in 30-40% of cases. The existing classifications of histological changes in the mucous membrane of the esophagus were obtained mainly in the study of biopsy material from adult patients. Information on histological features in diseases of the esophagus in children is scarce.

It seems relevant to study the morphological changes in the mucous membrane of the esophagus in children with endoscopic signs of esophageal lesions and to identify possible differences depending on the child's body weight. The study of biopsy material will clarify the clinical diagnosis and avoid overdiagnosis of lesions of the esophagus.

Purpose of the study. Optimize the diagnosis of esophageal diseases in children with different body weights based on the identified clinical and morphological features.

Material and research methods. The work is based on the results of examination of 93 children aged 7 to 16 years with endoscopic signs of lesions of the esophageal mucosa and overweight and normal body weight.

Research results. The frequency of detection of endoscopic signs of lesions of the esophageal mucosa in children with diseases of the upper digestive tract is 67-73% and does not depend on the child's body weight.

Dystrophic and dysregenerative changes in the mucous membrane of the esophagus are detected at a level of 1 cm above the Z-line in 76 - 90% of children in both groups. Inflammatory changes in the esophageal mucosa are diagnosed in 48-56% of children in both groups and are more pronounced at a level of 1 cm above the Z-line. Their occurrence decreases with distance from the lower esophageal sphincter. Regenerative processes in the mucous membrane of the esophagus prevail over destructive ones, regardless of the body weight of children.

Morphological signs of reflux esophagitis at a level of 1 cm above the Z line are found in 78% of overweight children and in 52% of children with normal body weight (the differences are not statistically significant). In

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

overweight children, reflux esophagitis is diagnosed statistically significantly more often at a level of 1 cm above the Z line compared to a level 3 cm above the Z line (78% and 43%, respectively, $p < 0.01$).

The revealed morphological signs of reflux esophagitis are hardly comparable with clinical signs, but are closely related to dietary habits.

Children with esophageal lesions and overweight compared with children with normal body weight are statistically significantly more often ($p < 0.01$): eating high-calorie food in large single volumes, "seizing" stress, increased appetite. At the age of 1 year, these children are 500 g heavier than their peers with a normal body weight ($p = 0.02$).

In children with lesions of the esophagus and overweight, compared with children with lesions of the esophagus and normal body weight, burdened heredity for diseases of the digestive and cardiovascular systems and obesity is statistically significantly more frequent ($p < 0.03$).

Conclusion. It was revealed that the most significant reasons leading to the formation of reflux esophagitis and contributing to the development of overweight are the eating habits of children: large one-time meals, eating high-calorie foods, eating stress and increased appetite. It has been shown that children suffering from diseases of the esophagus and having overweight, already from the age of introduction of complementary foods, have an intensive increase in body weight, which is associated with stable eating habits of the mother and overfeeding of children in families suffering from overweight. This requires constant monitoring of the increase in body weight in the first year of life and the correction of feeding of such children.

CHRONIC OBSTRUCTIVE PYELONEPHRITIS IN CHILDREN CLINICAL-PATHOGENETIC STAGES, DIAGNOSTIC OPTIMIZATION AND OUTCOMES PREDICTION

Soliyev A.-student 4 courses Pediatric faculty

*Scientific adviser: Solieva M.O. - Department of Optional Pediatrics and Neonatology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Optimization of approaches to the diagnosis of pyelonephritis in children remains one of the urgent problems of nephrology at the present stage. There are a number of studies devoted to finding solutions to improve the provision of health care for children with urinary tract diseases.

However, to date, there are no evidence-based criteria for identifying the preclinical stage of chronic renal failure, latent renal dysfunctions and renal circulatory disorders.

Thus, in connection with the significant prevalence of chronic pyelonephritis in childhood, the undulating course and progressive decline in renal function, the identification of factors affecting the development and course of the disease, the study of the role of hemodynamic mechanisms of the development of chronic pyelonephritis, the search for new ways to assess the functional activity of the kidneys are of particular relevance. ...

Purpose of the study. To develop a pathogenetic model of the progression of chronic obstructive pyelonephritis in children, to optimize the diagnosis and prognosis of disease outcomes on the basis of a comprehensive clinical, laboratory and instrumental examination.

Materials and research methods. The analysis of the activity of inflammation and sclerosis of the renal tissue in 110 children with congenital obstructive uropathies was carried out.

Research results. The content of the following substances was determined in urine: leukocytes, bacteria, interleukin 10 - anti-inflammatory cytokine, RANTES - chemokine, tumor necrosis factor TNF- α - pro-inflammatory cytokine, transforming growth factor TGF- β . Of these, 42.3% had *Escherichia coli* - *E. coli*, 14.5% - *Staphylococcus*, 21.6% - *Enterobacter*, 8.7% - *Streptococcus*, 4.7% - *Citobacter* and 8 patients who accounted for 3.1% were seeded *Ps. Aureginosa*. *Klebsiella* was found in 5.1% of children.

In the groups of patients with WMD, the increase in the level is slightly lower than 13.2 ± 2.7 pg / ml, but significantly different with the norm of 8.1 ± 0.7 pg / ml. The content of the cytokine TGF- β in the urine of children with congenital obstructive uropathy exceeded the normal level by an average of 30 times (with RMU and GV 35.2 ± 6.4 and 35.6 ± 4.2 pg / ml, respectively), with the exception of only patients with WMD, in which the level was increased to a lesser extent 8.6 ± 3.2 (norm 1.25 ± 0.2). The maximum level of TGF- β in children with exacerbation of obstructive pyelonephritis is noteworthy.

In patients with signs of obstructive pyelonephritis, bacterial infection was mainly caused by microorganisms of the family *E. coli*, *Staphylococcus*, *Enterobacter*, *Proteus*, the degree of bacteriuria was 105-1012 microbial bodies in 1 ml of urine, selective changes in the factors of the immune system capable of participating in pathogenesis of chronic obstructive pyelonephritis in children.

Conclusion. Activation of various factors of the inflammatory process, migration of cells of the immune system and abnormal synthesis of cytokines is expressed in an increase in IL-10 and TGF- β .

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

GENETIC FEATURES OF CHRONIC BACTERIAL AND POLYPOSE ETHMOIDITIS

Completed by: Tojiboev A.A.

*Scientific adviser: Kosimov K. - Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The polyposis form of ethmoiditis accounts for about 20% of all pathologies of ENT organs. The disease is manifested by hyperplasia (excessive growth) and thickening of the mucous membrane lining the ethmoid labyrinth of the nasal cavity, as well as the formation of polypoid growths on it. Polypoidethmoiditis belongs to the group of sinusitis - chronic inflammatory processes in the paranasal sinuses.

With the development of molecular genetic technologies, great opportunities have opened up for formalizing the genetic component of susceptibility to diseases. However, despite the achievements of the world scientific community in the study of the human genome and in the development of high-resolution methods for DNA analysis, a relatively small number of genes are still known, which together only partially explain some of the links in the pathogenesis of chronic rhinosinusitis.

Purpose of the study. To study the influence of genetic factors on the development and clinical features of the course of chronic bacterial and polypousethmoiditis.

Materials and research methods. Based on our analysis of the results of a computer study of the brain in 869 patients with polyposis ethmoiditis, it was found that in most cases (64.3%) the cells of the ethmoid labyrinth were affected.

Research results. In the study of the complex involvement of genes in the pathogenesis of chronic polyposis ethmoiditis (genes of enzymes of 1 and 2 phases of biotransformation of xenobiotics, genes of protein-growth factors), it was revealed that the variant 105Val allele of the GSTP1 gene and functionally defective del / del GSTT1 polymorphism, and normal polymorphism GSTT1 is a resistance factor. With polyposis ethmoiditis, significant eosinophilia of the mucous membrane was revealed. The number of eosinophils is significantly higher in this group of patients than their content in the secretion of the nasal cavity of a healthy person.

Combined lesions of ethmoid cells and other SNPs (47.9%) were more common than the isolated form of ethmoiditis (16.4%), which once again confirms the importance of ethmoid sinuses in the formation of the inflammatory process and its spread. The second most frequent occurrence is the maxillary sinus, both in combination with ethmoid cell inflammation (34.4%) and without ethmoiditis (19.05%). These data once again emphasize the importance of performing a computed tomogram of SNP in patients with suspected sinusitis. When performing only an overview X-ray of the SNP, it is rarely possible to differentiate the cells of the ethmoid labyrinth and determine the degree of their involvement in the inflammatory process. Therefore, in a large number of literary sources, the most common is inflammation of the maxillary sinus, and not the cells of the ethmoid labyrinth.

It should be noted that a bilateral isolated inflammatory process in the ethmoid bone occurred almost 2 times more often (10.47%) than unilateral (5.87%). This is probably due to the complex architectonics of the trellis labyrinth, in which most of the cells communicate with each other, which leads to the spread of infection.

This assumption is also confirmed by the fact that with the formation of bilateral ethmoiditis, the inflammatory process in other involved sinuses is also more often bilateral. We assume that this is due to the complex drainage system of the SNP, in which the lattice labyrinth is the central link and through it most of the drainage function of the SNP is carried out. It is important to note that with unilateral damage to ethmoid cells, unilateral damage to other SNPs is more common. In this case, the inflammatory process can affect the SNP of both the side of the same name and the opposite. Perhaps, in this case, not only the structural features of the ethmoid labyrinth are important, but also the nasal cavity as a whole, thereby creating conditions for the spread of the inflammatory process in this direction.

Conclusion. The data obtained in the course of the study can be used in the practice of an otorhinolaryngologist to determine the diagnostic strategy and the choice of management tactics for patients with the pathology under consideration.

In groups at risk for chronic polyposis ethmoiditis, it will be possible to conduct molecular genetic studies to identify polymorphic gene variants and use them in a probable assessment of the risk of developing endonasal pathology.

The genes identified by us can be included in a panel of molecular genetic diagnostic markers to predict the risk of developing polyposis ethmoiditis.

The results of the study can be used in the practical work of an otorhinolaryngologist, included in the lecture material in universities of a medical profile and in advanced training courses for medical workers.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

OPTIONS OF THE COURSE OF CHRONIC POLYPOSE ETHMOIDITIS

Completed by: Tojiboev A.A.

*Scientific adviser: Kosimov K. - Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. At the present stage in medical microbiology, there is a rethinking of the processes occurring in chronic inflammatory diseases. Studies of the mechanisms of development of the infectious process, including the formation of persistent forms of microorganisms, cannot but take into account the presence of a special biological phenomenon - the formation of bacterial biofilms.

In a few studies aimed at studying the activity of antimicrobial peptides in relation to biofilms, it was demonstrated that microbial cells included in the biofilm structure are less susceptible to certain peptides of antibacterial drugs than planktonic cells, for example, to lactoferrin. Little is known about the role it plays in the development of chronic rhinosinusitis.

The study of these issues is extremely important for otorhinolaryngologists. The attending physician, based on the knowledge of these features, must find an individual approach in each specific case, choose the most appropriate treatment tactics, based on the main pathogenetic links in the development of ethmoiditis.

Purpose of the study. To study the clinical features of the variants of the course of chronic bacterial and polypous ethmoiditis.

Materials and research methods. Based on our analysis of the results of a computer study of the brain in 869 patients with polyposis ethmoiditis, it was found that in most cases (64.3%) the cells of the ethmoid labyrinth were affected.

Research results. In our study, with anterior ethmoiditis, the most common (115 or 43%) was the rectangular shape of the bone, the second in frequency (77 or 28.8%) was the symmetrical shape with the outer walls curved into the orbital cavity.

With posterior ethmoiditis, the most common (20 or 52.6%) is the rectangle shape. A symmetrical shape with outer walls curved into the cavity of the orbits and a symmetric shape with concave paper plates were observed equally often (9 or 23.7%). With the "mosaic" form of ethmoiditis, the most common (70 or 36.9%) was the symmetrical form with the outer walls curved into the cavity of the orbits. In isolated ethmoiditis, all forms of structure were encountered equally often (25 or 20%). In the course of the study, it was found that with total damage to the cells of the ethmoid labyrinth, a rectangular shape (14 or 36%) and a symmetrical shape with outer walls curved into the cavity of the orbits (16 or 41%) are almost equally common.

When analyzing the structure of the ethmoid labyrinth with ethmoiditis of various localization, the following results were obtained: with anterior and posterior ethmoiditis, first-order septa predominate in the structure of the ethmoid bone, thereby forming cells of a larger size and regular shape - 77.5% and 76.5%, respectively. With the "mosaic" form of ethmoiditis, the process is more often localized in small cells, and in the structure of the lattice labyrinth, partitions of the 2nd and 3rd orders prevail, forming cells of an irregular shape 77.8%.

We assume that it is possible because of such a characteristic shape of the cells (small, irregular) that the process of formation of the inflammatory process is "mosaic". Those. the nature and extent of the inflammatory process may directly depend on the structural features of the cells of the ethmoid labyrinth. Thus, ethmoiditis is the most common form of sinusitis, involving the remaining paranasal sinuses in the inflammatory process. The likelihood of developing ethmoiditis depends on the anatomical structure of the ethmoid labyrinth.

Conclusion. The data obtained in the course of the study can be used in the practice of an otorhinolaryngologist to determine the diagnostic strategy and the choice of management tactics for patients with the pathology under consideration.

When bilateral ethmoiditis occurs, the inflammatory process most often occurs in the maxillary sinus, then in decreasing order of frequency in the sphenoid and frontal sinuses.

In the presence of a rectangular structure of the ethmoid labyrinth with large cells and a predominance of partitions of the 1st order, the development of anterior or posterior ethmoiditis is more likely, whereas with the predominance of small cells in the structure of the ethmoid bone with partitions of the 2nd and 3rd orders, "mosaic" ethmoiditis most often occurs.

ULTRASONIC DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF FOCUS OF THE THYROID GLAND

Completed by: Tyan A.A. - Master of the 3rd year,

*Scientific adviser: RashidovaSh.U. - Department of Oncology and Medical Radiology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The last decades have been marked by the widespread introduction of modern instrumental and laboratory methods into clinical practice, which make it possible to identify very insignificant changes in the structure and function of the thyroid gland at the preclinical stage.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

In scientific works devoted to the problems of thyroid pathology, much attention is paid to ultrasound diagnostics. This method is based on the determination of the volume of the thyroid gland, the assessment of its echogenicity and echostructure, vascularization of the focal formations of the thyroid gland. Particular emphasis is placed on fine-needle aspiration puncture biopsy (TAPB) of focal lesions followed by cytological examination.

In recent years, a number of works have been published on the Doppler study of the thyroid gland in diffuse-toxic goiter, with pronounced hypervascularization of the parenchyma itself, the indicators of the maximum systolic velocity in the arteries range from 50 to 120 cm / sec.

Purpose of the study. To develop a comprehensive algorithm for the differential diagnosis of thyroid focal lesions to predict the presence of malignant lesions.

Materials and research methods. To determine the diagnostic value of the studied parameters of ultrasound studies, taking into account the severity of proliferative changes in the focal formations of the thyroid gland, 277 patients were examined, who, depending on the outcome of the disease, were retrospectively differentiated into 4 clinical groups:

Group I (n = 81) - included patients who had single focal lesions in the thyroid gland, the size of the lesions averaged 5-10 mm. This group of patients was under dynamic observation by an endocrinologist for 6-12 months.

Group II (n = 104) - patients with single focal lesions in the thyroid gland, the size of the lesions averaged 11-25 mm. All patients underwent TAPB with cytological examination. The benign nature of the formations was verified.

III - I group (n = 56) - patients who underwent surgical treatment for nodules. Indications for surgical treatment were: multiple nodules, growth of formations, sizes of single nodes exceeding 25 mm, dubious cytological data of TAPB, which do not allow to completely exclude tumor growth, dysfunction of neighboring organs, including those of the mediastinum (impaired swallowing, difficulty respiration), but without pathologically altered lymph nodes.

Group IV (n = 36) - patients who underwent surgery for various forms of thyroid cancer. 28 (77.8%) operated patients had a histostructure of papillary cancer; in 6 (16.7%) - follicular cancer; in 2 (5.5%) - medullary cancer.

Research results. The management of patients with focal lesions in the thyroid gland according to the algorithm of complex ultrasound examination has improved early diagnosis of thyroid cancer and increased the number of cases of early detection of thyroid cancer by 5.4%.

The most informative ultrasound criteria for diagnosing thyroid cancer are: fuzzy outer contour of focal formations with a sensitivity of 68.5% and a specificity of 94.8%; hypoechoic "halo" rim along the periphery of focal formations with a sensitivity of 72% and a specificity of 88%; presence of calcifications in the node with a sensitivity of 36.0% and a specificity of 93.0%.

The use of mathematical processing of ultrasound images of focal thyroid lesions in gray scale mode with the construction of histograms of the echo density of focal lesions makes it possible to obtain additional ultrasound criteria for thyroid cancer. The most informative indicators are the arithmetic mean of echo density (AV), standard deviation of echo density (SD).

In thyroid cancer, the most characteristic types of histograms of echo density of focal formations are: "asymmetric single-vertex" and "asymmetric multi-vertex".

When performing color Doppler mapping, the presence of central and mixed types of blood flow was characteristic of actively proliferating formations in the thyroid gland. Pulse Doppler measurements in clinical groups II, III, and IV showed lower carbon-independent indices: PI, IR, as well as higher values of the maximum velocities of arterial and venous blood flow in comparison with clinical group I. However, significant differences were determined only between I and IV clinical groups, $p < 0.05$.

On the basis of discriminant analysis, it was revealed that among the parameters studied, the most informationally significant for the diagnosis of thyroid cancer (information weight more than 0.30) were: lack of clarity of the contour of thyroid nodule (0.37), coefficient of variation of the contour of focal thyroid formation (0.39), the ratio SD / S of the general contour of the gland (0.35); from Doppler indicators: the type of vascularization of focal formations (0.35), as well as TAPB data (0.40).

Conclusion. The developed complex algorithm for differential diagnosis with an assessment of the informational significance of the parameters makes it possible to assess the state of the thyroid parenchyma in normal conditions and in its focal lesions, to determine the degree of risk of malignant lesions and to optimize the tactics of patient management. This approach improves the early diagnosis of thyroid cancer and reduces the number of unnecessary radical surgeries.

COMPREHENSIVE RADIATION DIAGNOSTICS OF URELINE DISEASE

*Completed by: Uzokov B, student of group 319 of the pediatric faculty.,
Scientific adviser: Tojikhuzhaev Sh.Sh., Department of Oncology and Medical Radiology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Urolithiasis (Urolithiasis) occupies one of the first places among urological diseases and accounts for 30-40% of the entire contingent of urological hospitals. Most often, ICD is observed in people of

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

working age (30-50 years), which makes this problem socially significant. To assess the diversity of the existing pathogenetic mechanisms of stone formation, it is absolutely necessary to have a universal method or a group of methods that make it possible to quickly determine a set of basic indicators and control their ratio as the pathological process develops, diagnose relapses, and monitor postoperative changes.

Purpose of the study. To assess the possibilities of radiation diagnostic methods as part of a complex radiation examination in patients with urolithiasis.

Material and research methods. The data of a complex radiation examination of 143 patients with urolithiasis, who were examined and treated in the urological departments of the AGMI clinic, as well as at the Department of Oncology and Medical Radiology, were analyzed.

Research results. The distribution of patients depending on the mineral composition of uroliths, the frequency of mono - and polymineral types of stones in comparable subgroups are presented in Table 3. With a mixed composition, the type of stone was determined by the predominant mineral. Thus, oxalate stones were most often found in 66.0% of patients, phosphate stones in 20.9%, uric acid urolithiasis was detected in 10.5% of cases, and only 2.6% of patients were found to have cystines.

As a result of examination of patients of group I, the following main types of metabolic disorders were found. Hypercalciuria was observed in 104 (64.6%) patients: absorptive type - in 54 (51.9%), resorptive - 31 (29.8%), renal - 10 (9.6%) and idiopathic - 9 (8, 7%). Hyperuricuria in combination with hyperuricemia was detected in 46 (28.6%), hyperphosphaturia in 159 (98.8%), hyperoxaluria in 108 (67.1%) patients and was almost always accompanied by hypercalciuria.

In the study of the hormonal status in 82 men of group I, aged 30 to 82 years, VAD symptoms were found in 43 (52.4%) patients: in 30 (36.6%) in the main and in 13 (15.8%) in control subgroup. Of these, 19 (23.2%) (11 in the main subgroup and 8 in the control subgroup) had a testosterone level at the lower limit of the norm and in 24 (29.2%) (19 in the main subgroup and 5 in the control subgroup) it was lower. The level of total testosterone in healthy men was within the average values of the norm (23.47 ± 0.27 nmol / l), and in patients with urolithiasis - the lower values of the norm (14.63 ± 0.89 nmol / l), due to which the ICD was observed significant decrease in free testosterone index ($P < 0.001$). SHBG and LH indices also fluctuated within the normal range, but compared with healthy men they were 1.6 and 1.9 times higher, respectively ($P < 0.001$). With VAD, a resorptive type of hypercalciuria with hypercalcemia was noted in 11 (respectively, 8 and 3 in subgroups), hyperuricuria and hyperuricemia - in 9 men (respectively, 7 and 2 in subgroups), and 4 people of the main subgroup had a mixed form with a simultaneous increase in the level calcium and uric acid in blood and urine. Correction of the hormonal status was carried out in 30 patients of the main subgroup according to the method developed by us (priority certificate No. 2008144526) and consisted of taking 50 mg of androgel with testosterone levels at the lower limit of the norm (11 men) or 100 mg (50 mg x 2 times a day) with VAD (19 men) with monitoring of its concentration in blood plasma every 3-6 months to select an adequate maintenance dose of the drug.

Conclusions. Clinical examination of patients with urolithiasis should include radiation and bacteriological methods, control over physicochemical and biochemical parameters of blood and urine, which is an effective measure that allows early diagnosis and timely prevention of urolithiasis. The use of the developed preventive measures allows to reduce the frequency of recurrent stone formation, which during 6 years of dispensary observation does not exceed 5.1%.

SPECIFICITY OF THE IMMUNOLOGICAL PROPERTIES OF NASAL INFLAMMATION AND CLEANSING OF THE CONTENTS IN ALLERGIC RHINITIS

*Ulmasov A.O., Madaminova N.E., Mamasoliyeva Sh.A.,
Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Allergic rhinitis (AR) is a disease characterized by the presence of immunologically caused (most often IgE-mediated) inflammation of the nasal mucosa caused by a causal allergen, and clinically manifested daily for at least an hour with two or more symptoms: profuse rhinorrhea, difficulty in nasal breathing, itching in the cavity nose, repeated sneezing and often anosmia.

The disease can also be accompanied by extranasal symptoms (eye, headache, hypoxia, postnasal drip, cough, etc.). AR is one of the most common diseases, occurring in 2-25% of children and up to 40% of adults, and, despite the pronounced hypodiagnosis, is one of the 10 most common reasons for visiting a doctor.

Purpose of the study. Improvement of treatment methods for recurrent rhinosinusitis.

Materials and research methods. To accomplish the goals and objectives set in the work, the following examination methods were used: retrospective analysis of 60 dispensary cards and case histories of patients with AR, curvature of the nasal septum; screening questionnaires using specially developed thematic maps; clinical and laboratory, functional, instrumental, otolaryngological and allergological methods; cytological examination of smears from the nasal mucosa.

Research results. Chronic rhinitis and anatomical deformations of the intranasal structures should be considered as the leading factors contributing to the dysfunction of the ciliated epithelium of the nasal mucosa and

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

the recurrence of pyoinflammatory processes in the paranasal sinuses. In patients with recurrent sinusitis, vasomotor rhinitis occurred in 72% of cases, hypertrophic rhinitis - in 26% of cases, curvature of the nasal septum - in 39% of patients, ethmoid bulla hypertrophy - in 7% of patients, hypertrophy of the uncinate process - in 2.5% of patients.

In patients with recurrent sinusitis, conditionally pathogenic microflora prevails in the maxillary sinuses, which occurs in 85.4% of cases as a monoculture. The nasal cavity is dominated by saprophytic and opportunistic microflora, in 69.9% of cases present in the form of microbial associations. The data obtained suggest that the causative agent of the disease is the microflora isolated from the punctate of the maxillary sinus. The microflora of the nasal cavity should be considered as "travel", having no etiological significance.

Significant contamination of the nasal mucosa, including gram-negative opportunistic microflora with a wide range of antibiotic resistance, is one of the factors in the formation of local immune deficiency in patients with anatomical anomalies of the nasal cavity.

With recurrent sinusitis, in 58.5% of cases, there is a decrease in the level of secretory immunoglobulin A in saliva - up to 0.0232 ± 0.002 g / l, in nasal secretion - 0.0349 ± 0.0018 g / l, accompanied by an increase in immunoglobulin G in saliva - up to 0.2895 ± 0.018 g / l and nasal secretion - up to 0.4350 ± 0.031 g / l.

Output. The main causes of recurrent inflammatory diseases of the nasal cavity and paranasal sinuses have been determined. The optimal volume of clinical trials has been established. An algorithm for treatment is proposed, taking into account the state of the local immunological status. The implementation of the research results will reduce the incidence rate in frequently and long-term ill patients of working age.

MODERN METHODS FOR DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

*D. Usmonova - Student of Faculty of Higher Nursing, 3rd course
F.D.Ikramova Department of General Surgery
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Echinococcosis of the liver is a common parasitic disease. The frequency of this disease in endemic regions tends to increase. A high incidence of postoperative complications up to 17%, relapses of the disease ranging from 3 to 24% are accompanied by multiple repeated surgical interventions, which lead to permanent disability of patients.

The issues of differential diagnosis of echinococcosis by developing an informative method of laboratory diagnostics, studying the possibility of modern imaging methods in planning the volume of surgical intervention on the liver. A growing flow of patients with multiple, often large and complicated echinococcal cysts of the liver and other abdominal organs, often recurrent, makes us seek a solution to the problem of surgical treatment of the disease, first of all, in increasing the radicality of operations, the development of effective diagnostic and therapeutic tactics. The aim of the study was to determine a way to improve the immediate results of surgical treatment of liver echinococcosis, to develop the most rational tactics of surgical treatment for the prevention of postoperative complications.

Materials and methods. The work is based on the analysis of case histories of 225 patients. Among them 132 are women and 93 are men. Damage to the right lobe was detected in 145 patients, in the left - in 27, damage to both lobes - in 19 patients, 35 patients had combined damage to the liver and other organs. The indications for surgery and the choice of optimal access were made taking into account the localization of the cyst and the nature of complications. When cysts were localized in the second and third segments, echinococectomy was performed from the upper - median approach (34), in case of damage to the first, fourth, fifth, sixth segments - from the hypochondrium (97), when they were located in the seventh and eighth segments performed thoracotomy with diaphragmotomy (21). Giant cysts, multiple cysts of both lobes of the liver in 9 cases required transverse laparotomy or total midline laparotomy. laparoscopic surgery was performed on five patients.

The diagnostic algorithm included clinical laboratory examinations, ultrasound examination of the liver, computed tomography, chest X-ray. Several patients (25) underwent MRI of the liver. This set of examinations made it possible to obtain an accurate segmental localization of cysts, their size, number and signs of a complicated course of the disease, such as obstructive jaundice, cyst suppuration, the connection of the cyst with the bile ducts and the breakthrough of the cyst into the biliary system.

Research results and discussion. The key point that allows us to reduce the likelihood of developing postoperative complications, we consider the determination of the most rational surgical access.

The main stage of treatment is open surgery with the determination of the most rational access, which provides optimal treatment of the cyst cavity. During laparotomy, cystotomy, excision of the fibrous cap, hemo and cholestasis, electrocoagulation was used.

All 25 patients underwent echinococectomy. For antiparasitic and antibacterial treatment of the cyst cavity, 96% alcohol and betodine solution were used, which have a quick destructive effect not only on protoscolaxes, but also on acephalocysts of hydatidousechinococcus, while the membranes of live echinococcal cysts are impermeable to these substances, which excludes their toxic effects on the body. The fistulous opening was sutured from the side of the fibrous capsule with atraumatic suture material. In order to reduce the residual cavity as much as possible, the fibrous capsule was excised along the border with the unchanged liver tissue, followed by its

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

capitonage or suturing with tucking of the cyst wall into its cavity. The capitonage of the residual cavity was carried out mainly with vertical purse-string sutures, which made it possible to evenly bring the walls of the fibrous capsule closer together without interfering with the separation of exudate. sutures were applied in several rows, along the hepatic ducts along the wall of the fibrous capsule to the bottom and on the opposite side in the opposite direction until the residual cavity was closed.

In 2 patients with signs of suppuration of the cyst cavity, an open echinococectomy was performed, in 2 patients it was semi-closed with capitonage of the residual cavity on a thin drainage, the rest of the patients underwent closed echinococectomy with drainage of the abdominal cavity.

So, the analysis revealed that the development of postoperative complications in the form of residual cavities, prolonged bile leakage is associated, first of all, with the inadequacy of the operative access, ineffective capitalization and incomplete revision of the cyst cavity. Improvement of diagnostic methods and surgical tactics allowed us to reduce the number of postoperative complications in the form of residual cavities by 13.47%.

Output. Thus, the surgical treatment of echinococcosis remains an urgent problem in hepatobiliary surgery. Improving methods is of great social and medical importance. The choice of the most rational surgical approach for each patient makes it possible to perform a thorough visual control, to clarify the configuration of the cyst, its connection with the ducts, and to eliminate them.

EXPERT ASSESSMENT OF DAMAGES OF THE ORGANS OF THE CHEST CELL IN CONNECTION WITH THE INJURIES OF OTHER SKELETON BONES

*Khadzhimatov R.S., Khadzhimatov G.M., Pulatov M.D.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Damage to the chest, combined with fractures of limbs, is the most difficult section of traumatology, including forensic medicine.

Objective: To study damage to the chest organs with concomitant injuries of other bones of the skeleton and to provide expert evaluation of these injuries.

Material and methods: The analysis of 174 victims with combined and multiple injuries of the chest in combination with injuries of other bones of the skeleton, treated in the trauma wards of clinics in Tashkent over the past 5 years. Of these, there were 147 men, 27 women aged from 8 to 79 years. According to the mechanism, road injuries prevailed - in 76, household injuries - in 39, street injuries - in 36, industrial and agricultural injuries - in 20, and sports injuries - in 1 patient.

Results: It was established that 305 types of injuries of the chest and its organs were observed in the victims. Of these, two or more rib fractures were found in 73, single rib fractures in 27, extensive chest contusions in 24, and gunshot wounds in the bonds of patients. These injuries in 19 cases were accompanied by partial damage to the lung tissue, 1 - complete, in 5 - injury of the diaphragm and in 3 - the pleura. Penetrating wounds of the chest with complete lung injury occurred in 21, partial - in 7 patients. Along with 305 types of damage to the chest and its organs, 94 patients had a combination of injuries to the other bones of the skeleton. Of these, the first place was occupied by cranial injuries - in 72 (brain concussion of varying degrees were in 47, fractures of the vault and skull base - in 16, brain injuries - in 9 patients), second place - fractures of the support and movement organs (fractures of the clavicle - 10, the bones of the forearm 14, the femur 15 and the bones of the lower leg - in 3 cases). Of the 174 patients, 25 people died, which is 14.4% of the total. The cause of death was severe traumatic and hemorrhagic shock, changes in the cardiovascular system. When analyzing the deaths, it turned out that patients were not always provided first aid at the scene and during transportation, did not take into account the phases and degrees of shock, did not pay enough attention to the stabilization of impaired function of vital organs.

Conclusions: Combined injuries of the chest and its organs with thoracic injuries are severe injuries, resulting in high disability and mortality. 2. The given data may be useful in expert assessment of the severity of bodily injury in case of these injuries and qualify as serious, life-threatening damage.

BLOOD LEVEL IN PATIENTS WITH DIFFERENT CLINICAL FORMS LAMBLOZIA

*Khadzhimatov R.S., Khadzhimatova G.M., Pulatov M.D.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: According to WHO, around 200 million people are infected every day with giardiasis throughout the world. Of these, 500 thousand. People (0.25%) Giardia is manifested clinically. In Uzbekistan, the incidence of children with giardiasis is between 10 and 30% (Abdiev, TA et al., 2009). At the same time, the pathogenetic mechanisms of the involvement of cytokines in the implementation of the immune response in patients with various clinical forms of giardiasis are not well understood.

Objective: to determine the blood level of interleukins with pro-inflammatory (IL 1 ^) and anti-inflammatory (IL4) properties in patients with various clinical forms of giardiasis.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Materials in the methods: 45 patients were examined with various clinical forms of lymphobiasis (15 - with intestinal, 15 - biliary-pancreatic, 15 - mixed) aged from 18 to 60 years. As a control, 15 practically healthy individuals of similar age were examined. To determine the vegetative forms and lamblia cysts, the method of Kalantaryan E.V. (1973). In order to confirm the diagnosis of giardiasis, serological studies were carried out to determine the anti-lenticular antibodies IgM and IgG in the blood by ELISA. The blood levels of IL10 and IL4 were determined by ELISA using the cytokine test system (St. Petersburg). The obtained digital data is processed by the method of variation statistics.

Results: Studies have shown that in patients with various clinical forms of giardiasis, the blood level of IL10 was significantly higher than in healthy patients (in patients with the intestinal form of giardiasis - 34.8 ± 2.3 nkg / ml, biliary-pancreatic form - 42.01 ± 2.8 nkg / ml, mixed - 48.01 ± 3.3 nkg / ml, at a rate of 22.8 ± 1.9 nkg / ml). In relation to IL4, the opposite picture was observed. In patients with biliary-pancreatic form of giardiasis, there was a significant decrease in blood levels of IL10 (intestinal form - 22.01 ± 0.9 nkg / ml, biliary-pancreatic - 18.01 ± 0.8 nkg / ml, mixed 16.0 ± 1.1 nkg / ml). It should be noted that the highest increase in blood levels of IL10 and, conversely, the lowest blood levels of IL4 were found in patients with a mixed form of giardiasis.

Conclusion: Strengthening the production of blood leukocytes IL-10 and reducing the level of IL-4 may be one of the pathogenetic mechanisms that explain the peculiar clinical course of giardiasis with possible outcomes and complications.

PSYCHOSOMATIC STATUS AND ITS CORRECTION IN CHILDREN WITH ENURESIS OF PRESCHOOL AGE

*Completed: Khamidov J.I., Master of the 3rd course,
Scientific adviser: Abdukodirov U.T., Kobilov Sh.M., Department of Neurology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Despite the rapid development of medicine and the vast collective experience accumulated by doctors from different countries, the problem of primary nocturnal enuresis remains open today. For several centuries, there have been disputes about the etiology, pathogenesis and methods of its treatment. There is still no single scientifically proven point of view. All assumptions remain at the level of hypotheses. Almost all known treatments provide temporary relief at best. When the drug is canceled, enuresis returns again.

Children (especially of school age) are acutely aware of their inferiority due to the lack of elementary neatness skills, which are taught at an early age. This situation constantly traumatizes the psyche of the child. Quite often, patients with bedwetting experience reproaches and punishments from their parents, brothers and sisters. If the disease becomes the property of the collective, the position of such a child becomes even more difficult. As a rule, peers do not differ in understanding and openly ridicule children with involuntary nighttime urination.

Purpose of the study. The aim of this work was to study the clinical and anamnestic features and psychosomatic status, to develop a comprehensive program for the treatment of patients with involuntary urination, depending on the nature of the course of the disease.

Materials and research methods. The study included 70 patients aged 1 to 3 years, suffering from PES with a frequency of at least 3 times a month and a duration of at least 3 consecutive months.

Research results. Children suffering from primary nocturnal enuresis feel psychologically handicapped in 84.2% of cases due to the fact that they do not have the basic tidiness skills acquired in early childhood. In children with primary nocturnal enuresis, indicators of aggressiveness (70%), anxiety (57.5%), depression (22.5%) were determined.

Any form of enuresis corresponds to a certain degree of neurotization, which aggravates the disease. In neurotic secondary enuresis, systemic neurosis is the first cause of the disease. With primary nocturnal enuresis, psychological problems arise a second time (84.2%), due to the negative social impact of the team on the patient. To achieve a lasting effect of treatment, it is necessary to simultaneously carry out complex therapy of both the underlying disease and the neurosis that arose against its background.

The inclusion of a sedative factor in the traditional treatment program provides: rapid psychological adaptation of children with enuresis in the new team, accelerates the onset (72.8% - in the first week) and the duration of remission (57.6% - more than 3 months).

The use of electro-acupuncture reflexology is effective, painless, accessible and easily tolerated by children of any age without causing them negative emotions. The inclusion of electropunctural reflexotherapy in the complex of treatment of primary nocturnal enuresis significantly increases the efficiency and lengthens the periods of remission, the improvement occurs faster (74.1% - after 2-3 sessions) and lasts longer (48.7% - more than 3 months).

The results of the analysis of the data obtained confirmed that the most effective method of treatment is non-drug treatment, especially with the inclusion of electropuncture reflexotherapy in its composition. In the case of using drug treatment in 43.5%, it is possible to achieve only a temporary improvement in the condition of sick children.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Conclusion. A multifactorial complex program of psychological research has been developed, including the necessary minimum of diagnostic measures, for patients suffering from primary nocturnal enuresis.

The proposed scope of research can be used by doctors of any specialty (pediatricians, neurologists, psychiatrists, urologists, nephrologists) treating children with involuntary nocturnal urination.

A general step-by-step plan for the rehabilitation of children with primary nocturnal enuresis has been developed. The main place in it is determined by complex non-drug therapy and the need for psychological correction depending on age, characteristics of the course and duration of the disease.

When using drugs, the need to include sedatives in the therapy is shown.

DIAGNOSTICS AND CHOICE OF TREATMENT TACTICS OF URETEROLITHIASIS BY ECHOGRAPHY

Khomidova G.Zh. - Master of the 3rd course

*Supervisor: Sobirov A.A. - Department of Oncology and Medical Radiology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Ureteral stones are the most difficult form of urolithiasis (Urolithiasis), which is caused by difficulties in diagnosis and frequent complications. Despite the increased capabilities of modern ultrasound scanners, their use in the diagnosis of ureterolithiasis is still limited.

There is a well-established opinion that the physical capabilities of echography and the anatomical location of the ureter cause considerable difficulties for visualizing calculus in the lumen of the ureter, especially in its middle and lower third. Therefore, in most medical institutions, the diagnosis of ureterolithiasis is mainly based on the results of X-ray examination, while the role of ultrasound examination (ultrasound) in ureterolithiasis is reduced to assessing the condition of the pelvis and, at best, the prevesical ureter. The number of publications on the possibilities of ultrasound in the diagnosis of ureterolithiasis is limited.

A number of works have convincingly shown the possibility of detecting stones not only in the upper and lower parts of the ureter, but also in its middle section, as well as the possibility of assessing the state of the ureteral wall in the place of presentation of the calculus, which is important for determining therapeutic tactics, since the outflow of urine from the kidney can be disturbed both by the stone itself, which performs the lumen of the ureter, and by the secondary involvement of the walls of the ureter in the pathological process.

Despite the fact that many authors point to the existence of urodynamic disorders in patients with urolithiasis, violations of the contractile function of the ureter in ureterolithiasis is actually not evaluated when examining patients with renal colic syndrome.

Purpose of the study. To improve the diagnosis of ureterolithiasis, justifying the use of CDC and Doppler measurement in ureterolithiasis as methods that allow, according to the degree of disturbance of the contractile function of the ureter, to determine the most rational therapeutic tactics of shock wave lithotripsy.

Materials and research methods. To solve the set tasks, we conducted a comprehensive study of 70 patients, who made up two groups. The first, main, group included 98 people who were in the AGMI clinic in the period from 2018 to 2021. Among the examined patients there were 68 (69.4%) men and 30 women (30.6%). The largest number of patients, 67 (68.4%), were of working age - from 23 to 60 years old. Patients of this group underwent a comprehensive examination, which included clinical, laboratory, ultrasound, and X-ray examinations. Ultrasound examinations were performed in 98 (100%) patients, radiological examinations - in 72 (73.4%) patients.

Research results. The use of the CDC technique in ureterolithiasis allows us to identify a disorder of urodynamics based on the presence of asymmetry in urine flows. Doppler analysis allows you to identify the degree of urodynamic disorder.

CDC and dopplerometry in combination with B-mode are effective methods in assessing the contractile function of the ureters in ureterolithiasis. The accuracy of the study is 97.5%, the sensitivity is 98.5%, and the specificity is 96.5%.

The spectrum of urine flow can be represented by a curve with a different number of peaks, differing in amplitude,

duration and maximum flow rate or not contain peaks at all. This curve resembles the curve of the laminar blood flow through the veins, and its spectrum is called "venous".

The presence of short or long peaks with different amplitudes on the Doppler image indicates the retention of the ability to self-expel calculus or its fragments after ESWL. The appearance of the "venous spectrum" is a reflection of the exhausted possibilities of the ureter for expulsion of calculus.

The presence of short or long peaks with different amplitudes on the Doppler ultrasonography indicates the preservation of the tone and contractility of the urinary tract and may determine further patient management tactics in favor of ESWL. The appearance of the "venous spectrum" is a reflection of the exhausted possibilities of the ureter for expulsion of calculus and may serve as one of the grounds for instrumental intervention.

Conclusion. The work proved the possibility of determining the tactics of treatment of ureterolithiasis using ultrasound examination of the ureters in a triplex mode. The described ultrasound criteria and assessment of

obstruction allow in a short time to determine the tactics in favor of extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) or contact ureterolithotripsy.

PROGNOSTIC VALUE OF STAT3 PROTEIN EXPRESSION IN DIFFUSE B5 LARGE CELL LYMPHOMA

*Khodzhaeva N. - student of the group 402 of medical faculty,
Scientific adviser: Abduvahofova N.R. - Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Diffuse large B cell lymphoma (DLBCL) is the most common variant of lymphoproliferative diseases in adults (30–40% of all non-Hodgkin's lymphomas). This nosology unites a heterogeneous group of lymphoid neoplasias with different morphological, immunophenotypic, genetic characteristics, as well as variable clinical course and response to therapy.

The standard treatment approach for this disease is immunochemotherapy according to the R-CHOP scheme, the use of which has significantly improved the 5-year overall survival rate. Despite this, in a significant part of patients, the results of treatment remain unsatisfactory. According to various authors, 30-50% of patients have no chance of long-term remission: the disease remains refractory to treatment or relapses early.

Purpose of the study. To assess the prognostic value of STAT3 protein expression in patients with diffuse large B-cell lymphoma.

Materials and methods. The retrospective study included 50 patients (28 men and 22 women) with a newly diagnosed DLBCL who were treated at the AGMI clinic from 2018 to 2020. All patients received standard first-line R-CHOP therapy. The median age was 59 years (range 31 to 83).

Research results. Immunohistochemical studies were performed on biopsy samples of tumor tissue and lymph nodes using an anti-STAT3 antibody (pSTAT3-Tyr705) according to the generally accepted method. Based on the analysis of literature data and the results of our own studies, all patients were divided into two groups depending on the number of STAT3 positive tumor cells, their threshold level being 66%. The first group included 34 subjects (68%) with protein overexpression (66% and more), the second — 16 (32%) with a low degree of marker expression (less than 66% of cells). Overall and progression-free survival was calculated using the Kaplan-Meier method with graphical construction of survival curves. Comparative analysis of indicators was carried out using a log-rank test (log-rank test).

In the group with STAT3 overexpression, the 3-year overall survival of patients was significantly lower than in the group with low expression of this marker, (53%, $n = 18$, median follow-up = 30 months versus 94%, $n = 15$, median not reached, $p = 0.004$). A similar pattern was found when assessing progression-free survival — 38% ($n = 13$) in cases with high expression of the STAT3 marker, 50% ($n = 8$) - with low, $p = 0.047$. The median progression-free survival in the first group corresponded to 8 months, in the second - 26 months, that is, it was three times lower.

Output. Overexpression of the STAT3 protein is associated with an unfavorable course of the disease in DLBCL patients receiving first-line R-CHOP therapy. The expression level of STAT3 can be used as an additional criterion to predict the response to standard therapy in this pathology.

CARDIOVASCULAR COMORBIDITY AND SURVIVAL IN DIALYSIS PATIENTS: A COHORT STUDY OF THE RURAL POPULATION OF UZBEKISTAN

*O.N.Sharapov - doctoral student of the Department of Internal Medicine
Tashkent Pediatric Medical Institute*

Background. Patients on hemodialysis die in 50-70% of cases due to cardiovascular accidents. The mortality rate of dialysis patients from CVD is 10-30 times higher than in the general population. The burden of the disease is especially greater in developing countries. Uzbekistan is a country with a rural population of 17 million. Aims. It is of interest to study the survival rate of this population of CKD patients receiving hemodialysis.

Material and methods. We conducted a prospective cohort study of all patients in the rural population receiving programmed hemodialysis in the Syrdarya region of the Republic of Uzbekistan. We observed 61 patients (39 men and 22 women) on hemodialysis for 30 months from April 2018 to September 2020. The average age of the patients was 45.5 ± 14.3 years ($M \pm SD$). All patients were diagnosed with CKD stage 5D. The patients were divided into 2 groups depending on the presence of cardiovascular pathologies. Group A included 34 patients (22 men and 12 women) without CVD. Group B consisted of 27 (17 men and 10 women) patients with concomitant CVD. All patients underwent hemodialysis according to the standard scheme - 12 hours a week. Within 30 months, patients either survived and continued to receive hemodialysis, or died or underwent a kidney transplant.

Results. After a 30-month follow-up period, our analysis showed that 39.3% ($n = 24$) of all patients survived and continued to receive hemodialysis, 13.1% ($n = 8$) of patients underwent a kidney transplant and 47.6% ($n = 29$) patients died. During the first 12 months, 11 patients died (38% of all deaths), in the next 12 months another

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

8 (28%) patients died, and 10 (34%) patients died within 6 months of a 3-year observation. In group A, 47.1% (n = 16) patients survived, 14.7% (n = 5) underwent kidney transplantation, and 38.2% (n = 13) patients died. In group B, 29.6% (n = 8) continued to receive HD, 11.1% (n = 3) underwent kidney transplantation, and 59.3% (n = 16) patients died. In the Kaplan-Meier survival analysis, S (t) in group A was 0.568 [95% confidence interval (CI) 0.39-0.75], and in group B it was 0.346 [95% CI 0.15-0.54].

Conclusion. A 30-month prospective analysis of the survival rate of dialysis patients in the rural population of Uzbekistan shows that more than half of patients die during follow-up [S (t) = 0.46]. The analysis shows that dialysis patients without CVD have a 64.2% higher survival rate than patients with CVD.

CHANGES IN THE STRUCTURE OF THE HEART IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ON THE BACKGROUND OF ISCHEMIC HEART DISEASE

Shokirova D.B. - student of group 221 of the medical faculty

Yuldasheva G.T. - Assistant, Department of Faculty Therapy

Andijan State Medical Institute

Relevance. Chronic obstructive pulmonary disease is one of the main causes of morbidity and mortality and ranks 4th in the general population. Cardiovascular disease (CVD) in patients with COPD is detected in approximately 50%. The increased risk of cardiovascular complications in patients with COPD, according to some researchers, is due to the presence of systemic inflammation in these patients. It is known that markers of systemic inflammation in both COPD and atherosclerosis are an increase in the concentrations of inflammatory mediators, including C-reactive protein (CRP), tumor necrosis factor alpha (TNF- α), interleukin-4, interleukin-6.

The aim of the study: optimization of the diagnosis of myocardial remodeling in patients with chronic obstructive pulmonary disease, combined with ischemic heart disease, angina pectoris II, III functional classes, taking into account the structural and functional features.

Materials and research methods. Inclusion criteria: patients with COPD II-IV spirometric stages, patients with coronary artery disease, angina pectoris II, III functional classes, patients with a combination of COPD II-IV spirometric stages and coronary artery disease, angina pectoris II, III functional classes. Criteria for exclusion: decompensated chronic cor pulmonale, persistent rhythm disturbances (atrial fibrillation, atrial flutter), pneumonia, unstable angina pectoris, acute and postponed myocardial infarction, CHF stages II-III

Research results. Depending on the presence of concomitant ischemic heart disease, the following groups of patients were identified: 1st - with COPD without concomitant ischemic heart disease (n = 56); The second - with COPD + ischemic heart disease (n=31), and 5 people from this group had angina pectoris II FC and 26 people had angina pectoris III FC. Group 3 included patients with coronary artery disease (n = 36), mainly with exertional angina SFC. The control group included clinically healthy individuals who had no violations of spirometric parameters and ECG, comparable to the examined patients by sex and age (30 people, average age 52 ± 1.2 years, of which 19 were men, 8 were women). IHD was diagnosed by a specialist cardiologist based on the results of Holter ECG monitoring performed during the current or previous hospitalizations; in 37% - previously performed coronary angiography. Patients in the COPD + IHD and IHD groups were prescribed cardiotropic therapy (ACE-i, Ca-channel blockers, antiplatelet agents, nitrates, statins), selective beta-blockers (in the IHD group).

Output. We used general clinical and special research methods. The diagnosis of COPD was carried out according to the clinical guidelines [GOLD, 2012], and the severity of the course was established according to the results of spirometry, taking into account the FEV₁ value and a decrease in the FEV₁ / FVC index less than 70%. The degree of respiratory failure (DN) was determined according to pulse oximetry data. The severity of dyspnea was assessed using the Medical Research Council (mMRC) scale. ITI was calculated using the formula: ITI (packs / years) = number of cigarettes smoked per day x smoking experience (years) / 20. ITI > 10 is a significant risk factor for the development of chronic obstructive pulmonary disease.

MEASURES FOR ENDOSCOPIC TREATMENT OF POLYPLIC RHINOSINUSITIS

Ergashev A.A., 3-year Master of the Department of Otorhinolaryngology

Scientific advisor: Pardaev E.A. - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Department of Otorhinolaryngology

Andijan State Medical Institute

Relevance. Polypoid rhinosinusitis is a chronic inflammation of the nasal mucosa and paranasal sinuses, characterized by the formation and recurrence of polyps. Currently, despite the many studies conducted and the proposed treatment methods, polyposis rhinosinusitis remains one of the most problematic and unsolved pathologies in modern otorhinolaryngology. With polypous rhinosinusitis, the quality of life of patients is significantly reduced.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

First of all, this is discomfort due to difficulty, and often the absence of nasal breathing; decreased, absent or perverted sense of smell, pathological discharge from the nasal cavity, a feeling of heaviness and pain in the paranasal sinuses, chronic hypoxia and headaches, weakness, fatigue, etc.

Purpose of the study. The introduction into practice of the treatment of polyposis rhinosinusitis by the endoscopic method by determining the degree of their prevalence

Materials and research methods. We conducted a study using the Sinulor nasal spray. Under our supervision in the period from 2019 to 2021, there were 68 patients with acute and chronic rhinitis and rhinosinusitis at the age of 3 to 10 years who were treated at the Department of Otorhinolaryngology in the clinic of the Andijan State Medical Institute, as well as in the multidisciplinary children's clinic. A nasal spray "Sinulor" was used for washing the nasal cavity for children in a bottle of 125 ml. Used to irrigate the nasal cavity 3 times a day.

Research results. In order to identify the main etiological causes of the development of chronic polypous rhinosinusitis, a retrospective analysis of case histories and archival data of 54 patients who were treated before our study are presented. Due to the heterogeneity of data from different countries on the relationship of the cellular composition of polyps with the nationality and place of residence of patients with ORS, to identify the clinical and pathomorphological features of ORS, we collected questionnaires developed by us, completed by the attending physicians, with data from 54 patients referred for surgical treatment diagnosed with ORS. By agreement with doctors in the regions, patients who had been in inpatient treatment for ORS for a certain period of time were randomly selected. Of the surgical interventions, nasal polypotomy was performed more often in 27 (50.0%), nasal polypotomy together with sinusitis in 20 (37%) patients; of the methods of surgical treatment of nasal diseases, submucosal resection of the nasal septum was performed in 7 (13%) A history of 34 (62.3%) patients revealed the presence of a prolonged inflammatory process and allergic background. The duration of the course of inflammatory diseases of the paranasal sinuses and the allergic background given in the anamnestic data is the main factor affecting the development of chronic polypous rhinosinusitis.

Output. 1. Analysis of case histories of patients with polypous rhinosinusitis and the results of long-term follow-up showed the practical value of identifying patients according to the leading etiological and pathogenetic characteristics.

2. In the group of patients where the leading cause of PR is a violation of aerodynamics in the nasal cavity and paranasal sinuses, a positive result was obtained from 96% to 94.33% in each of the observed groups only as a result of surgical treatment.

O'SIMLIKLAR TARKIBIDA UCHRAYDIGAN BIOLOGIK FAOL MODDALAR VA ULARNING DORIVOR XUSUSIYATLARI.

Abdujabborov Islomiddin -Pediatriya fakulteti 205- guruhi talabasi
Ilmiy rahbar: Mamazulunov Nurmuhammad - Biologik kimyo kafedrasi assistenti
Andijon davlat tibbiyot instituti

O'simliklar tarkibida uchraydigan biologik faol moddalar

O'simliklarning kimyoviy tarkibi murakkab va turlicha bo'ladi. Ular tarkibida uglevod, oqsil va moylardan tashqari, inson organizmi uchun foydali va muhim ahamiyatga ega bo'lgan vitaminlar, fermentlar, organik kislotalar, fenollar va ularning hosilalari, efir moyi, turli glikozidlar, alkaloidlar, oshlovchi moddalar, minerallar kabi biologik faol moddalar mavjud. Bu moddalar hayot faoliyatimizda juda muhim jarayonlarning borishida ishtirok etadi.

Biologik faol moddalar o'simliklar hujayrasida to'xtovsiz ravishda biokimyoviy o'zgarishlar yuz berib turishi natijasida yuzaga keladi. Ular ma'lum vaqt va sharoitda turli o'zgarishlarga uchraydi. Buning natijasida ular boshqa birikmalarga aylanadi, murakkab molekulali moddalar sintezida ishtirok etadi yoki o'zidan energiya chiqarib, oddiy birikmalarga parchalanib ketadi.

Bunday birikmalar yengil hazm bo'ladi, yurak-qon tomirlari, asab sistemasi, me'da-ichak yo'li, jigar, buyrak, nafas yo'llari, modda almashinuvining buzilishi va boshqa kasalliklarning oldini olish hamda davolashda keng qo'llaniladi. Biologik faol moddalar hayot uchun zarur birikmalardir. Ularning asosiy manbai o'simliklar hisoblanadi. Biologik faol moddalarning inson organizmiga ta'siri turlicha. Ular yosh bolalarning to'g'ri o'sishi va rivojlanishi hamda keksalarning organizmida borayotgan moddalar almashinuvi jarayonining faoliyatini kuchaytirish uchun foydali va ahamiyatlidir. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan birikmalarning barchasi inson hayotida ma'lum ahamiyat kasb etadi. Bu birikmalar inson organizmiga faqat ovqat tarkibida kiradi. Ovqat tarkibida ushbu birikmalarning yetarli bo'lmasligi yoki butunlay bo'lmasligi turli kasalliklar kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Vitaminlar

Vitaminlar inson uchun oz miqdorda zarur bo'lsa ham organizm hayotida muhim vazifani bajaradi. Ular modda almashinuvinini, ichki bezlar ishini faollashtiradi. Ba'zilar esa ikki komponentli fermentlar tarkibiga kirib, organizmda uzluksiz sodir bo'lib turadigan biokimyoviy jarayonlarning katalizatori sifatida moddalar almashinuvinini ta'minlaydi.

Vitaminlar tuzilishi va tarkibi jihatidan bir-biridan farq qiladigan, nisbatan kichik molekulyar massaga ega bo'lgan organik moddalardir. O'simliklar tarkibida bir-biridan tubdan farq qiluvchi vitaminlar uchraydi. Ularning

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

organizmda bajaradigan funksiyasi ham turlicha bo'ladi. Vitaminlar asosan o'simliklarda va mikroorganizmlarda sintez bo'ladi.

Fermentlar

Fermentlar muayyan moddalargagina ta'sir etuvchi bo'lib, ulardagi kimyoviy o'zgarishlarni katalitik yo'l bilan tezlatuvchi murakkab organik birikmalardir. Organizmda sodir bo'ladigan barcha jarayonlar fermentlar ishtirokida boradi.

Fermentlar oddiy, bir komponentli, faqat oqsil moddasidan tashkil topgan va murakkab, ikki komponentli bo'ladi. Ikki komponentli fermentlar oqsil qismi va oqsil bo'lmagan, boshqa modda (ko'pincha vitaminlar), koferment deb ataluvchi qismdan tashkil topadi. Ikki komponentli fermentlarning faolligi koferment qismiga bog'liq. Fermentlarsiz o'simliklar yo'q, shuning uchun ular juda ham keng tarqalgan.

Organik kislotalar

Organik kislotalar o'simliklar tarkibida juda keng tarqalgan birikmalar bo'lib, ular o'simlik to'qimasida sof holda yoki tuzlar va murakkab efirlar tarkibida uchraydi. O'simliklarda juda ko'p organik kislotalar bo'lib, ularning ayrimlarigina organizm uchun ahamiyatlidir. Organik kislotalardan chumoli kislota malina, olma mevalarida uchraydi. U o'tkir hidli bo'ladi.

Pirouzum (CH_3COCOOH), oksalat (HOCCOOH), qahrabo ($\text{HOOCCH}_2\text{CH}_2\text{COOH}$), vino va limon ($\text{HOOCCH}_2\text{HOCCOHCH}_3\text{COOH}$) kislotalari hamma o'simliklarda uchraydi, nafas olish, bijg'ish jarayonlarida oraliq modda sifatida hosil bo'ladi. Shulardan oksalat kislota rovoch va sho'raklarda; vino kislota uzum, tut, pomidor va ananasda; limon va qahrabo kislotalar limonda, qoraqatda, g'oz barglarida, shaftoli va qulupnay mevalarida ko'p to'planadi. Bulardan tashqari, ba'zi o'simliklar to'qimasida xinin, salitsil, kumar va kofein kislotalar ko'p to'planadi. Kasallikni davolash uchun ishlatiladiganlari asosan aromatik va aromatik oksil kislotalaridir. Ular o'simliklar to'qimasida asosan murakkab birikmalar tarkibida uchraydi. Fenol kislotalar siydik va o't haydash, yallig'lanishga qarshi hamda mayda qon tomirlari devorini mustahkamlash kabi ta'sir ko'rsatadi. To'yinmagan yuqori molekulali yog' kislotalaridan olein, linol, lenolen, araxidan kabilardan inson organizmida biologik faol bo'lgan hamda organizmga turlicha ta'sir ko'rsatuvchi **prostoglandinlar** sintez bo'ladi.

Xulosa. Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, o'simliklar tarkibida uchraydigan biologik faol moddalar hayot uchun zarur birikmalardir. Ularning asosiy manbai o'simliklar hisoblanadi. Biologik faol moddalarning inson organizmiga ta'siri turlicha. Ular yosh bolalarning to'g'ri o'sishi va rivojlanishi hamda keksalarning organizmida borayotgan moddalar almashinuvi jarayonining faoliyatini kuchaytirish uchun foydali va ahamiyatlidir. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan birikmalarning barchasi inson hayotida ma'lum ahamiyat kasb etadi. Bu birikmalar inson organizmiga faqat ovqat tarkibida kiradi. Ovqat tarkibida ushbu birikmalarning yetarli bo'lmasligi yoki butunlay bo'lmasligi turli kasalliklar kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Bugungi kunda o'simliklardan biologik faol moddalarni ajratib olish, ulardan turli dori-darmonlar tayyorlash, biologik faol qo'shimchalar tayyorlash keng qamrovda rivojlanib bormoqda. Bu borada O'zbekistondagi kimyogarlarning tomonidan ham bir qancha ishlar olib borilmoqda. Shu kunga qadar yurtimiz kimyogar olimlari tomonidan immun tizimini yaxshilovchi "Eksumid"; qandli diabet kasalligining oldini oluvchi "Gipogliksan"; tarkibida Ca elementini saqlovchi "Ekdiferin"; bo'g'imlar faoliyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatuvchi "Ekdition" preparatlari yaratildi va kishilar sog'ligini mustahkamlash uchun yuqori samaradorlik darajasida foyda keltirmoqda.

ENDOMETRIYNING GIPERPLASTIK JARAYONLARI: BEMORLARNI DAVOLASH VA OLDINI

*Bajardi: Abduqodirova Z.B, pediatriya fakulteti 101^gguruh talabasi,
Ilmiy rahbar: Nazirova Z.M., 1 Akusherlik va ginekologiya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Kirish Zamonaviy ginekologik onkologiyaning dolzarb masalalaridan biri bu endometrium saratonidir (ES). Bu rivojlangan mamlakatlarda ayol jinsiy organlarining eng keng tarqalgan xatarli o'smasi.

Turli manbalarga ko'ra, ES kasalliklarining 25 dan 80 foizigacha endometriumdagi giperplastik o'zgarishlar fonida rivojlanadi, bu mahalliy adabiyotda "endometriumning giperplastik (proliferativ) jarayonlari" bilan birlashtirilgan. Endometriumning giperplastik jarayonlariga endometriy giperplaziyasi va polioplir kiradi. Endometriy giperplaziyasi tashxisidan xavfli saraton jarayoni tashxisigacha bo'lgan davrning o'rtacha davomiyligi o'rtacha 6,7 yilni tashkil qiladi.

Tadqiqot maqsadi. Endometriyning giperplastik jarayonlar muammosining hozirgi holatini o'rganishdan iborat.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu maqsad va vazifalarga erishish uchun istiqbolli tadqiqot o'tkazildi, u 2019 yildan 2021 yilgacha ginekologik bo'limlarda statsionar davolangan 149 bemorni qamrab oldi. Kasalxonada ayollarni kasalxonaga yotqizish ko'rsatkichlari quyidagilardan iborat: turli xil tabiatdagi bachadondan qon ketish (85,6%) va / yoki endometriumdagi patologik o'zgarishlarning exografik belgilarining mavjudligi (14,4%).

Tadqiqot natijalari. Giperplastik endometriy jarayonlarining har xil turlaridan aziyat chekadigan ayollarda reproduktiv tizim holatini baholashda avvalgi va qo'shma ginekologik kasalliklarning yuqori chastotasi aniqlanadi:

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

bachadon miomasi - 42,7%, endometrioz - 37,2%, tuxumdon kistalari - 32,1%, yallig'lanish kasalliklari tos a'zolari -26%, shuningdek sut bezlarining xavfli kasalliklari - 48%.

Ekstragenital kasalliklar tarkibida ustunlik qiladi:

- gipertonik kasallik; AG bilan og'rigan ayollarda uni boshqa tadqiqot guruhlaridan - koronar arteriya kasalligi, angina pektoris, jigar kasalligi, surunkali xoletsistit, oshqozon yarasi va qalqonsimon bez kasalliklaridan sezilarli darajada ajratib turadigan kasalliklar ko'p.

EGJ rivojlanishi, rivojlanishi va qaytalanishi uchun xavf omili va noqulay fon ginekologik va ekstragenital kasalliklarning yuqori chastotasi va natijada sog'liq ko'rsatkichining pastligi hisoblanadi.

Gormonal terapiya olgan bemorlarning 24 foizida va bunday terapiyani olmagan ayollarning 72,1 foizida EGJ ning qaytalanishi aniqlandi. EGJ ning qaytalanishi semirish, qandli diabet va gipertoniya bilan kasallangan ayollarda kuzatiladi, bu esa bemorlarning ushbu kontingentida metabolik kasalliklarda endometriyal giperplaziya xavfi yuqori ekanligini ko'rsatadi.

EGJ davolashning eng yuqori samaradorligi LNG-VMS «Mirena va RG LG agonistlaridan 100% hollarda, norsteroidlar va progesteronlardan hosil bo'lgan bemorlarda qo'llanilgan.

- 87,5% hollarda. Gormon terapiyasi giperplaziyani davolamaydi, faqat giyohvand moddalarni iste'mol qilish vaqtiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

A1A1 vR-SHa geni uchun homozigotli bemorlarda perimenopozda HPE rivojlanishi xavfi mavjud. Perimenopozal davrdagi bemorlarda OR-SHa ning turli xil genotiplarining paydo bo'lish chastotasi, endometriyal giperplastik jarayonlarning gistologik turiga qarab taqsimlangan, barcha tadqiqot guruhlarida farq qilmadi.

OR-SHa allelining genotipda mavjudligi endometriyal giperplaziya xavfini 10 baravar kamaytiradi.

Tavsiya etilgan klinik, laboratoriya va genetik tadqiqotlar kompleksidan endometriyal giperplastik jarayonlarning rivojlanishi uchun xavf guruhlarini aniqlash, shuningdek, ularning klinikadan oldingi diagnostikasi va davolash taktikasini aniqlash uchun foydalanish mumkin.

Xulosa. Umumiy klinik va genetik tadqiqotlar kompleksi endometriy giperplastik jarayonlarni tashxislash, prognoz qilish va davolash algoritmini ishlab chiqishga imkon berdi.

ENDOMETRIYNING GIPERPLASTIK JARAYONLARI: KLINIK-MORFOLOGIK JIHATLARI, PROGNOSTIK ME'ZONLARI

*Bajardi: Abduqodirova Z.B, pediatriya fakulteti 101^oguruh talabasi,
Ilmiy rahbar: Nazirova Z.M., 1 Akusherlik va ginekologiya kafedrasida
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbligi. So'nggi yigirma yil ichida, dunyoning aksariyat mamlakatlarida bo'lgani kabi, dunyoda ham gormonga bog'liq o'smalarning ko'payish tendensiyasi kuzatildi va bu birinchi navbatda giperplastik jarayonlar va EndometriY saratoniga (ES) tegishli. Endometriyal giperplastik jarayonlar (EGJ), prekanser holatlar va endometriy saraton ko'pincha reproduktiv va perimenopozal yoshdagi ayollarning ijtimoiy faol guruhida uchraydi.

Tadqiqot maqsadi. Zamonaviy tibbiyot texnologiyalaridan foydalangan holda ushbu patologiya bo'yicha diagnostika, davolash va davolash natijalarini bashorat qilish algoritmini ishlab chiqish asosida giperplastik jarayonlar va endometrium saratoni bilan kasallangan ayollarni boshqarish taktikasini optimallashtirish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu maqsad va vazifalarga erishish uchun istiqbolli tadqiqot o'tkazildi, u 2019 yildan 2021 yilgacha ginekologik bo'limlarda statsionar davolangan 149 bemorni qamrab oldi.

Tadqiqot natijalari. Glandular giperplaziya endometriyal giperplastik jarayonlarning asosiy klinik ko'rinishlari atsiklik nuqta (41,9%), poliplar bilan - peri- va postmenopozal ayollarda qon ketish (43,3%), atipik giperplaziya bilan - hayz oralig'idagi nuqta (36,9%). Endometriumning giperplastik jarayonlarini rivojlanishining eng muhim xavf omillari quyidagilardir: 42 yoshdan katta, ginekologik kasalliklar (bachadon miomasi - 26,7%, yallig'lanish jarayonlari - 14,3%, hayz ko'rish buzilishi - 10,5%, bepustlik - 7, 6%), birgalikda ekstragenital kasalliklar (semirish - 30,5%, gipertoniya - 10,5% va qandli diabet - 7,6%).

Endometriy saratoniga chalingan bemorlarda oldingi gipofiz bezi (G), periferik endokrin bezlar - tuxumdonlar (E2, PG) va qalqonsimon bez (T4) gormonlari darajasida sezilarli farqlar qayd etilgan. Saraton va atipik endometriyal giperplaziya bilan og'rigan bemorlarda gipofiz-tuxumdon tizimidagi ma'lum tartibga soluvchi munosabatlar jinsiy gormonlar gipofiz bezining sekretor faoliyatiga to'sqinlik qiluvchi ta'siri shaklida qoladi. Endometrium saratoniga chalingan bemorlarda qon zardobida estrogenlarning yuqori nisbiy va mutlaq ustunligi endometriyadagi patologik o'zgarishlar bilan o'zaro bog'liq.

Endometriy giperplaziya va endometrium saratoni bilan og'rigan bemorlarni tashxislash va davolash algoritmi, reproduktiv yoshdagi 70,5%, perimenopozda, homiladorlikning 8-10 xaftaligiga qadar endometriumning bezli giperplaziyasi va bachadon kattaligi uchun gormon terapiyasining yuqori samaradorligini ko'rsatdi - 68,2% da, shuningdek endometriyni rezeksiya qilish (ablatsiya) - 90,6% da; reproduktiv va perimenopozal yoshdagi endometrium poliplari va homiladorlikning 8-10 xaftaligiga qadar bo'lgan bachadonning gormon terapiyasi - 80,0%, postmenopozal ayollarda histeroskopik polipektomiya - 85,7%; reproduktiv va perimenopozal yoshdagi atipik endometriy giperplaziya va homiladorlikning 8-10 xaftaligiga qadar bachadonning kattaligi uchun gormon terapiyasi - 70% - 90%.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Xulosa. Tadqiqot asosida endometriy giperplastik jarayonlari bo'lgan bemorlarni Eng maqbul boshqarish bo'yicha tavsiyalar asoslandi va shakllantirildi. Gisteroskopiya paytida gormonal va jarrohlik aralashuvga oid ko'rsatmalar ayollarning reproduktiv salomatligini saqlash imkoniyati bilan endometriyal giperplastik jarayonlarni davolashning differensial echimiga yordam beradi.

Giperplastik endometriyal jarayonlari bo'lgan bemorlarni tekshiruviga gipofiz, tuxumdonlar va qalqonsimon bez gormonlarini aniqlashni kiritish zarurligi ko'rsatilgan.

Ish natijalari endometriumning giperplastik jarayonlarini gormonal davolashda bemor organizmining metabolik xususiyatlarini hisobga olish maqsadga muvofiqligini isbotlaydi.

MUTOLAA VA MUTOLAA MADANIYATI

Abduqodirova G.-Andijon shahar 48-maktab o'qituvchisi

Imiy raxbar: Qo'ziboyeva M.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Mutolaa insonni bilimdonlik sari, suhbat topqirlik sari yetaklaydi.

Frensis Bekon

Mutolaa arabcha so'zdan olingan bo'lib, diqqat bilan o'qish, o'rganish degan ma'noni bildiradi. Tarixdan ma'lumki, inson taraqqiyoti yo'lida erishgandarajasidan hech qachon orqaga qaytgan emas. Qadim ajdodlarimiz hatto tasavvur qilolmagan g'aroyibotlar hozir ko'z o'ngimizda sodir bo'lyapti. Demak, imkoniyatlarning cheki, orzu-umidlarning adog'i yo'q.

Kitob mutolaasi haqida Gyote shunday fikr bildiradi:

a) nihoyatda mashaqqatli (darhaqiqat, kitob mutolaasi kishidan qunt va sabr, kuchli xotira va yuksak fahm talab etadi);

b) beqiyos sharaflil (kitob mutolaasi tufayli hayot qonuniyatlarini chuqur anglay borgan, bilim doirasi kengayib, tushunchasi, dunyoqarashi o'sgan, ma'naviy jihatdan yuksalgan);

v) huzurbaxsh (aks holda, kitob mutolaasi bilan muttasil shug'ullanmagan bo'lardi).

Kitobxonlik ijodiy ish va u doimiy shug'ullanishni taqozo etadi, desam, ehtimol ko'pchilik ishonmas. Siz badiiy asar o'qishga endigina kirishayotgan bo'lsangiz, dastlabki paytlarda voqyealar oqimini qiziqib kuzatasiz. Bu qiziqish esa asta-sekin o'sha voqyea va hodisalar tasviridan tegishli xulosa chiqarishga yo'llaydi. Asarda tasvirlangan voqyelik bilan hayot voqyeligini farqlash jonli muloqot natijasidir. Kitobxon ularni taqqoslash uchun bosh qotiradi – o'ylashga majbur bo'ladi. Shu jarayonda asar voqyeligini hayolida qayta jonlantiradi, qahramonlarning o'rniga o'zini qo'yib ko'radi, muayyan xulosalar chiqaradi. Ko'rinadiki, u ham o'ziga xosijod qiladi. Kitobxonning ijodkorligi yozuvchi mahoratiga, yana ham to'g'rirog'i, badiiy asar saviyasiga bog'liq.

Jamiyatda mutolaa madaniyatining tarkib topishi, shakllanishi va rivojlanishida ham umumiy madaniyatning, ya'ni aholining yalpi ijtimoiy, iqtisodiy, ma'naviy tayyorgarlik darajasining o'rnini va roli beqiyosdir. Shunday qilib, qayd etish joizki "mutolaa madaniyati umumiy madaniyatning hosilaviy ko'rinishidir".

Mutolaa madaniyati esa, o'z navbatida, kitobga qiziqish, odamlarning adabiyotlar bilan kengroq tanishish rag'batini, kitob va u bilan ishlash haqidagi maxsus bilimlarga ega bo'lishni, shuningdek, axborot manbalaridan to'liq foydalanishda ko'nikma va malakaga ega bo'lishni taqozo etadi. Mutolaa madaniyatikishining manbani to'laqonli tushunishi, undan estetik zavq olishi, muallif fikri va g'oyasini anglashi hamda uni baholay olishi kabi xususiyatlarga ega bo'lishini ta'minlaydi. Kitobnitanlash, uni o'qish, avaylab saqlash, shaxsiy kutubxona tashkil etish, o'qilgan kitoblarni boshqalarga tavsiya eta olish ham mutolaa madaniyatiga kiradi. Inson hayoti davomida turli manbalar – kitoblar (badiiy, ilmiy, o'quv, ensiklopedik va boshqa), ommaviy axborot vositalari (gazeta, jurnal, televidenie, radio va shu kabilar), zamonaviy axborot texnologiyalari (Internet, elektron kitob, elektron gazeta, jurnal-qo'llanma va hokazolar), subyekt bilan bevosita muloqotga kirishuvchi shaxslar (oilalar, a'zolari, ish yoki o'qish joydagilar, qo'ni-qo'shnilar va boshqa insonlar) orqaliga bo'linadigan turli yo'nalish va shakldagi umumiy ma'lumotlarni bir-biridan farqlash lozim bo'ladi. Har qaysi davrda mutolaa madaniyatini shakllantirish birinchi o'rinda oilada o'zaksini topish lozim bo'lgan va hozir ham ana shuni taqozo qilmoqda. Jumladan, oilada shaxsiy kutubxona tashkil etish, uni yangi nashrlar bilan to'ldirib borish birinchi omil sanaladi. Kimdir shaxsiy kutubxonasi fondini boyitishni vaundan foydalanishni afzal bilsa, kimdir kitob mutolaa qilish uchun kutubxonani tanlaydi. To'g'risiniytganda, yoshlar o'rtasida kitob mutolaa qilish, kitobga bo'lgan qiziqish birozo susaygandek go'yo. Biroq zamon bilan hammafas bo'lish, shiddat bilan kechayotgan taraqqiyot jarayoni bu muammoni o'z-o'zidan bartaraf etdi, desak mubolag'a bo'lmas.

Kitob o'qish, kitob bilan so'zlasha bilish, biron-bir muammo ustida bosh qotirganda minglab kitoblardan to'g'ri foydalana bilish kerak. Darhaqiqat, kitobni saralab o'qish va uning mag'zini uqa bilish, kutubxonalar bilan muntazam aloqada bo'lish, umuman, kitobni o'z faoliyati va ijodi bilan bog'lay olish kabi fazilatlar har bir kishi uchun barqaror odatga aylanishi kerak. O'zbek xalq an'anaviy pandnomasi, buyuk mutafakkirlarning kitob haqidagi o'gitlari hozirgi kunda ham kishilarda xususan, yoshlarda kitobga muhabbat tuyg'usini tarbiyalashda, mustaqil mutolaa va fikrlashni o'rgatish va shu singarilarda muhim ahamiyat kasb etadi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

YURAK ARITMIYASI KASALLIGINING KELIB CHIQISHI VA UNI DAVOLASHDA TABIIY MAHSULOTLARNING O'RNI

Abdunazarova Maftuna- Pediatriya fakulteti 202- guruh talabasi
Ilmiy rahbar: Mamazulunov Nurmuhammad -Biologik kimyo kafedrasida assistenti
Andijon davlat tibbiyot instituti

Yurakda turli xil kasalliklar uchraydi. Yurak kasalliklarini "Kardiologiya" bo'limi o'rganadi. Kardiologiya bo'limi rivojlanishi 19-20 asrlarga to'ri keladi. Bu bo'lim tarixi Aristotl, Gepokrat, Dioskorit, Galen, Ibn Sino, faolyati bilan bog'liq. Yurak kasalliklari turli xil ta'sirlar oqibatida yuzaga keladi. Masalan yurak kasalliklariga:braxikartidiya, aritmiya,yurak ishemik kasalliklari,taxikardiya va b.kasalliklari kiradi. Bu kasalliklar tug'ma yoki orttirilgan bo'ladi. Tug'ma yurak kasalliklari bunda ona homiladorlik davrida siqilganligi, steres holatgan tushganligi, bosim ostida qolganli va b.narsalar oqibatida kelib chiqadi. Endi orttirilganiga kelsak, bu ruhan siqilish, ezilish, steres va b. natijasida kelib chiqadi. Biz aritmiyani oladigan bo'lsak, aritmiya "yun.-inkor rythmos-ritm"degan mani bildiradi. Yani normal ritmning buzilishi,yurak qisqarishining tezlashishi degani.

Aritmiyaning turlari ko'p:

- 1.Sinusli aritmiya koproq yosh bolalarda uchraydi, shuning uchun ham "nafas aritmiyasi" deb ham ataladi.
- 2.Bo'lmachalar hilpillovchi aritmiyasi.
- 3.Qorinchalar titroq aritmiyasi.
- 4.Qorinchalar hilpillovchi aritmiyasi.

Yurak aritmiyasi ko'proq bolalar va o'smirlarda uchardi. Yurak normada 1 marotaba urub turadi. Sog'lom kishilarda yurak faqat jismoniy mehnat va ruhiy zo'riqish natijasida urishi tezlashadi. Yurakda o'tkazuvchi tizimlar biron sabab oqibatidan ishdan chiqsa aritmiya yuzaga keladi. Tinch holatda sog'lom odamning yurak urushi 1 daqiqada 60-90 ta zarbga teng. Yurak urushini odam 5 daqiqa dam olganidan so'ng o'ldash kerak.

Yurak aritmiyasi turli xil sabablar natijasida kelib chiqadi. Ular ruhiy zoriqish, zaharli moddalar, ayrim dorilar, qalqonsimon bez faolyatining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Aritmiyada avvalo bemorda yurak tez tez uradi, yurakda turli xil bezovtalik, bosh aylanish, umumiy holsizlik, kuzatiladi. Bunda bemorning yurak urushini tekshirish yoki elektrodiagrammasini tahlil qilish kerak. Bemor shu belgilarni o'zida sezsa darhol shifokorga murojaat qilishi kerak. Shifokor eng avval rivojlanish sabablarini aniqlashi kerak.

Aritmiyada alohida parhez yo'q. Bu kasallikda kaliyga boy kartoshka, uzum, o'rik, yong'oq tavsiya etiladi. Eng foydalisi bunda o'rik hisoblanadi. O'rikni qaynatib sharbatini ichish, o'zini istemol qilish ko'proq tavsiya etiladi. Dorilarga kelsak bunda shifokor bemorni ahvolini ko'zdan kechirgan holda ahvolini og'ir yengiligiga qarab dori vositalarini qo'llaydi.

Aritmiyani xalq tabobatida davolalash.

Lavlagi, sholg'ov, sabzi suvlarini 1:1:1 ichish aritmiyani hamma turida juda foydali. Yurak qattiq urganda anjir mevasini yiyish va limon postlog'ini chaynash ham foyda beradi. Yana yurak tez tez urganda, gipertoniya, yurakning ishemik kasalliklarida dōlana mevasi va asalari mumi nastoykasi iste'mol qilish tavsiya etiladi. Qalampir va yalpiz ham foydali hisoblanadi. Yalpiz bargini 1 stakan issiq suvga solinadi va 1 soat issiq joyda saqlanadi. Ertalab nonushtadan oldin oz ozdan to'planadi. Olovda pishirilgan kartoshka ham juda foydali.

Olimlarni ta'kidlashicha, haftasiga 28 gr shokolat iste'mol qilish xavfini 18 / ga kamaytirgan. Ratsionda shokolatni iste'mol qilish yurak kasalliklarini kamaytirishi aniqlangan. Haftasiga 2 tadan 6 tagacha shokolat yegan odam tebranma aritmiyasi 1 oyda 1 marta yegan odamda kamroq kasallanishi kizatilgan. Bu shokolat oddiy shokolat emas, kakao bilan toyingan kamida 70 / ga cha bo'lgan shokoalat haqida. Bunda kakao tarkibida magniy borligi tufayli qon tomir funksiyasi shamollashini ozaytiradi, immun tizimini mustahkamlaydi.

Amerikaning "American heart journal" jurnalida shokolatni yurak foalyatiga foydasi haqida yozilgan. Bun tadqiqotlarga tayangan holda yozilgan. Bunda shokolatni kop iste'mol qilish yurak kasalliklarining oldini olishi haqida yozilgan. Eng avvalo inson o'z salomatligiga o'zi e'tibor berishi kerak. O'zini har xil narsalardan chetta saqlshi, o'zida bironda nojoyi sezgilar sezsa tezda shifokorga murojaat qilishi kerak.

DORIVOR O'SIMLIKLARNING TIBBIYOTDA TUTGAN O'RNI VA ULARNING TURLI KASALLIKLARNI DAVOLASHDA QO'LLANILISHI

Abdusalomov Nozimjon -Pediatriya fakulteti 205- guruh talabasi
Ilmiy rahbar: Mamazulunov Nurmuhammad - Biologik kimyo kafedrasida assistenti
Andijon davlat tibbiyot instituti

O'simliklarning dastlabki tarixiy yozuvlari Shumer sivilizatsiyaga borib taqaladi, bu yerda yuzlab dorivor o'simliklar, shu jumladan afyun loydan yasalgan lavhalarda keltirilgan. The Ebers Papirus dan qadimgi Misr, Miloddan avvalgi 1550 yilda 850 dan ortiq o'simlik dori-darmonlari tasvirlangan. Yunonistonlik shifokor Dioskoridlar Rim armiyasida ishlagan, 600 dan ortiq dorivor o'simliklardan foydalangan holda 1000 dan ortiq dori-darmonlarni tayyorlash bo'yicha retseptlarni hujjatlashtirgan. De materia medica, v. Eramizning 60 yilida; bu farmakopeya asosini taxminan 1500

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

yil davomida tashkil etdi. Giyohvand moddalarni tadqiq qilish etnobotaniya tabiatda farmakologik faol moddalarni izlab, yuzlab foydali birikmalarni kashf etgan. Ular orasida keng tarqalgan dorilar aspirin, digoksin, xinin va afyun mavjud. O'simliklarda uchraydigan birikmalar turli xil, ammo ko'pchiligi to'rtta asosiy biokimyoviy sinflarga kiradi: alkaloidlar, glikozidlar, polifenollar va terpenlar.

Dorivor o'simliklar sanoat bo'lmagan jamiyatlarda keng qo'llaniladi, asosan, ular zamonaviy dori-darmonlarga qaraganda oson va arzon. Shifolash xususiyatiga shubha qilingan minglab o'simlik turlarining yillik eksport qiymati 2012 yilda 2,2 milliard AQSh dollarini tashkil etdi. 2017 yilda botanika uchun potentsial global bozor ekstraktlar va dorilar bir necha yuz milliard dollarga baholandi. Ko'pgina mamlakatlarda an'anaviy tibbiyotni tartibga solish juda kam, ammo Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti xavfsiz va oqilona foydalanishni rag'batlantirish uchun tarmoqni muvofiqlashtirgan. Dorivor o'simliklar Iqlim o'zgarishi va yashash joylarini yo'q qilish kabi har ikkala umumiy tahdidga duch keladi.

Dorivor o'simlik - bu sog'liqni saqlash maqsadida, ma'lum bir holat uchun yoki ikkalasida ham, istalgan holda qo'llanilishi uchun ishlatiladigan o'simlik. Zamonaviy tibbiyot yoki uning ichida an'anaviy tibbiyotdan ham foydalanish. Oziq-ovqat va qishloq xo'jaligi tashkiloti 2002- yilda dunyo bo'ylab 50 mingdan ortiq dorivor o'simliklardan foydalaniladi, deb taxmin qilingan. Taxmin qilinishicha, qirolik botanika bog'lari, Kew 2016- yilda konservativ ravishda har qanday turdagi foydalanish uchun hujjatlashtirilgan 30000 ga yaqin o'simliklardan 17810 o'simlik turi dorivor maqsadga ega.

Zamonaviy tibbiyotda, chorak atrofida bemorlarga buyurilgan dorilar dorivor o'simliklardan olinadi va ular qattiq sinovdan o'tkaziladi. Tibbiyotning boshqa tizimlarida dorivor o'simliklar ilmiy jihatdan tekshirilmagan, norasmiy davolanish usullarining ko'p qismini tashkil qilishi mumkin. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ishonchli ma'lumotlarga ega bo'lmagan holda, dunyo aholisining taxminan 80 foizi asosan an'anaviy tibbiyotga (shu jumladan, o'simliklar bilan cheklanib qolmasdan) bog'liqligini taxmin qiladi; ehtimol, ikki milliard odam asosan dorivor o'simliklarga ishonadi. Rivojlangan mamlakatlarda o'simlik asosidagi materiallardan, shu jumladan sog'liq uchun foydali deb topilgan o'simlik yoki tabiiy sog'liqni saqlash mahsulotlaridan foydalanish tobora ko'paymoqda. Bu o'simliklarni davolash vositalarining xavfsiz tasviriga qaramay, toksiklik va inson salomatligiga boshqa ta'sirlarni keltirib chiqaradi. O'simlik dorilari zamonaviy tibbiyot mavjud bo'lishidan ancha oldin ishlatilgan; ular harakatlarining farmakologik asoslari to'g'risida, ularning xavfsizligi to'g'risida kam ma'lumotga ega bo'lgan yoki ega bo'lmagan. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti 1991 -yilda an'anaviy tibbiyotga oid siyosatni ishlab chiqdi va shu vaqtdan boshlab ular uchun keng qo'llaniladigan o'simlik dori-darmonlari bo'yicha bir qator monografiyalar bilan ular uchun ko'rsatmalar nashr etdi.

Dorivor o'simliklar uchta asosiy foyda keltirishi mumkin: ularni dori sifatida iste'mol qiladigan odamlarning sog'lig'i uchun foydalari; ularni yig'ish, qayta ishlash va sotish uchun tarqatadigan odamlarga moliyaviy imtiyozlar; va ish uchun imkoniyatlar, soliqqa tortiladigan daromad va sog'lom ishchi kuchi kabi jami imtiyozlar. Shu bilan birga, potentsial dorivor maqsadlarda foydalanish mumkin bo'lgan o'simliklarning yoki ekstraktlarning rivojlanishini zaif ilmiy dalillari, giyohvand moddalarni ishlab chiqarishga yetarli mablag'ning yo'qligi jarayonning amaliyotdagi faoliyatiga to'sqinlik qilmoqda.

Barcha o'simliklar kimyoviy birikmalar ishlab chiqaradi, bu ularga an evolyutsion kabi afzalliklari o'txo'r hayvonlardan yoki saltsil kislotasi kabi gormon o'simliklarni himoya qilishda. Ushbu fitokimyoviy moddalar giyohvand moddalar sifatida foydalanish imkoniyatiga ega va ushbu moddalarning dorivor o'simliklar tarkibi va ma'lum bo'lgan farmakologik faolligi, agar ilmiy tasdiqlangan bo'lsa, ularni zamonaviy tibbiyotda qo'llashning ilmiy asosidir.^[2] Masalan, za'faron (Narsis) tarkibiga to'qqiz alkaloid guruhi kiradi galantamin, qarshi foydalanish uchun litsenziyalangan Altsgeymer kasalligini davolaydi. Alkaloidlar achchiq, mazali va toksik bo'lib, o'simlik qismlarida, masalan, o'txo'rlar yeyishi mumkin bo'lgan poyada to'plangan.

Dorivor o'simliklarning zamonaviy bilimlari dorivor o'simliklarning transkriptomikasi ma'lumotlar bazasida tizimlashtirilmoqda, bu 2011- yilga kelib ketma-ketlikda transkriptom ba'zi o'ttiz turdagi ma'lumotnomani taqdim etdi.

CHANOQ SUYAKLARI SHIKASTLANISHLARI PROFILAKTIKASI VA DAVOLASH TAMOYILLARI

Alimboboyev Sardorbek –Pediatriya fakulteti 501 –guruh talabasi

Ilmiy rahbar: Qo'ldashev Qahramon Abduhalilovich

Andijon davlat tibbiyot instituti

Bolalarda chanoq suyaklari shikastlanishlari umumiy tayanch harakatlanish sistemasini shikastlanishlarning 4-7 foizini tashkil qiladi. Aralash turdagi shikastlanishlarni 38-75 foizini tashkil qiladi. Bu shikastlanish tufayli kelib chiqqan shoklar umumiy kasalliklar tufayli kelib chiqqan shoklarni 41-48 foizini tashkil qiladi. Chanoq organlarini shikastlanishlarini 6,8-19 foizini tashkil qiladi. Chanoq organlari qon bilan ta'minlanishi yaxshi bo'lgani uchun ko'p hollarda bemor travmatik shok holatiga tushib qoladi. RShTYoIMAF da bolalar travmatologiya bo'limida oxirgi 3 oy davomida bunday shikastlanish bilan yotgan bemorlar kuzatilmadi. Yuqoridagilarga asoslanib haqiqatdan ham chanoq suyaklari shikastlanishlari kam uchraydi, uchraganda ham qo'pol avto halokatlar, yuqoridan qulab tushish hisobiga kelib chiqadi. Hozirda 2021- yilning bahor fasli bo'lganligi sababli hovlilar va ko'p qavatli aholi turar joylarida tozalash va obodonlashtirish ishlari avj olgan. Yuqorida ta'kidlangan toz halqasi shikastlanishlari uchrash ehtimoli balandligi kuzatiladi. Bu holatlar uchramasligi uchun bolalarga avtomobil yo'lidan o'tish qoidalarini to'g'ri tushuntirishimiz, shuningdek ortoped travmatolog qabuli dava oilaviy shifokorlar aholi orasida uyushtiriladigan suhbatlar chog'ida yuqoridan qulab tushish, toz halqasi shikastlanishlari va uning asoratlari haqida eslatib o'tishlari lozim.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

QIZLAR ORASIDA REPRADUKTIV KASALLIKLARNI OLDINI OLISH BO'YICHA CHORA-TADBIRLAR

Allayarova Sh- Davolash fakulteti Oliy hamshiralik ishi yonalishi 231 A guruh talabasi
Ilmiy rahbar: Nuraliyeva N.B. - BKP, pediatriya va Oliy hamshiralik ishi kafedrasida assistenti
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mavzuning dolzarbligi. Reproduktiv salomatlik — bu reproduktiv tizim va uning faoliyatiga bog'liq barcha masalalar borasida faqat kasallik va kamchiliklar yo'qligi bo'libgina qolmay, balki to'liq jismoniy, aqliy va ijtimoiy muvaffaqiyatlar holatidir.

Mavzuning maqsadi. Qizlar orasida reproduktiv kasalliklarni oldini olish maqsadida reproduktiv salomatlikka oid gigienik va tibbiy bilimlarni aniqlash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Qizlar orasida Reproduktiv salomatlik to'g'risida bilim va ko'nikmalarini aniqlash maqsadida anketa so'rovnoma ishlab chiqildi. So'rovnoma Urganch shahar ibn Sino nomidagi Jamoat salomatligi texnikumidan 100 ta talaba qiz ishtirok etdi. Olingan natijalar EKSEL dasturida statistik tahlil qilindi.

Tadqiqot natijalari. Reproduktiv salomatlik haqida qisqacha tushunchasi bo'yicha savol berilganda, respondentlarimiz bu tushuncha to'g'risida deyarli 80% talaba hech qanday ma'lumotga ega emas. Bundan ko'rinib turibdiki ular hali to'g'ri reproduktiv hayotga tayyor emaslar.

Maktab yoshidagi bolalarda jinsiy tarbiya darslarining joriy etilishining ahamiyati to'g'risida savol berilganda 34,0% qizlarimiz erta yoshdan bolalarni sog'lom hayotga tayyorlash, 2,0%- menimcha bu to'g'ri emas, 40,0% - ahamiyati katta lekin maktablarda targ'ib qilinmasin va 24,0% ibolalarda gigiyena tushunchasini shakllantiradi deya javob berishdi. Ichki kiyimlarini qancha vaqtdan almashtirib turish kerak? —deya berilgan savolga 75,0% talaba- har kuni, 21,0%- Ikki kunda bir marta va har uch kunda bir marta deya 4 % so'rovnomadan o'tuvchi belgilagan.

Bundan tashqari, Hayz siklini nazorat qilish bo'yicha savol berilganda, ha kalendarga belgilab boraman deya-19,0%, hayz kunini esda saqlab boraman -76,0% va 5,0% i qanday nazorat qilinishini bilmasligini aytib o'tgan. Keyin, hayzi vaqtidagi kundalik gigiyenik vositalarni qancha vaqtdan almashtirib turish kerakligi to'g'risida savol berilganda, respondentlarimizning 46,0 %i-1-2 soatdan, 18,0%- 3-4 soatdan va 36,0% ifloslanish darajasiga qarab degan javoblarni bildirishdi.

Odam popeloma virusiga qarshi vaksina nima maqsadda qo'llanilishi so'ralganda talabalarimiz 2,0% xolatda-adinavirusga qarshi, 22,0%-Bachadon bo'yni polipiga qarshi 2,0%-Ko'krak bezi saratonini oldina olishga qarshi va 74,0% i unday vaktsinani eshitmaganmanlini bildirishdi.

Ginekolog ko'rigiga borib turasizmi?-degan savolga, 34,0%- yiliga bir marta tibbiy ko'rik vaqtida, 18,0% i- Yiliga ikki marta sog'lig'imni nazorat qilib borish uchun, 8,0% i- Qizlarni ginekolog ko'rigiga borishi to'g'ri emas va Boshqasi bulsa keltiring deya berilgan savolga 40,0% talaba umuman ginekolog ko'rigiga bormaganlini aytishdi.

Xulosa. 1.Qizlarimizni repraduktiv salomatlik bo'yicha ko'nikmalari to'liq shakllanmagan, lekin, ularni 1-kurs talabalari ekanligini inobatga olsak kelajakda ularga bu mavzu bo'yicha bilimlarini chuqurroq o'rgatish kerak.

2. Gigiyenik qoidalarga alohida e'tibor qaratishi joiz.

3. Talabalarni birligi tibbiyot xodimi ekanligini inobatga oladigan bilsak, ularning nafaqat individual bilimini, balki, jamoatchilikda to'g'ri targ'ib qilish bo'yicha bilimlarini ham shakllantirishimiz kerak.

BOLALARDA QANDLI DIABET: ALOMATLARI, TASHHIS, DAVOLASH, OLDINI OLISH

Asqaraliyeva Maftuna- Pediatriya fakulteti 205- guruh talabasi
Ilmiy rahbar: Mamazulunov Nurmuhammad - Biologik kimyo kafedrasida assistenti
Andijon davlat tibbiyot instituti

Bolalardagi qandli diabet jiddiy surunkali kasallikdir. Quyida uning alomatlar va belgilari nima ekanligini, tashhisi qanday tasdiqlash yoki rad etishni bilib olasiz. Davolashning samarali usullari batafsil tavsiflangan. Ushbu ma'lumot bolangizni o'tkir va surunkali asoratlardan himoya qilishga yordam beradi. Ota-onalar o'z farzandlarining normal o'sishi va rivojlanishini qanday ta'minlashlari haqida o'qing. Shuningdek, profilaktika usullarini ko'rib chiqing - agar kasal bo'lgan ota-onangiz bo'lsa, bolalikdagi diabetga chalinish xavfini qanday kamaytirish mumkin.

Bolalarda diabetni davolash qisqa va uzoq muddatli maqsadlarga ega. Yaqin diabet diabetga chalingan bolaning normal o'sishi, rivojlanishi, jamoada yaxshi moslashishi va sog'lom tengdoshlari orasida nuqsoni bo'lmasligi. Bolalikdan strategik maqsad jiddiy qon tomir asoratlarning oldini olish bo'lishi kerak. Yoki hech bo'lmaganda ularning voyaga yetishiga imkon qadar kechroq joylashtiring. Qandli diabetni yaxshi nazorat qilish uchun siz kasal bolani iloji boricha erta uglevodli dietaga o'tkazishingiz kerak.

Diabetning turlari: Ko'pincha kasallikning shakllari ajralib turmaydi, ammo ular butunlay boshqacha. Qandli diabet turlariga quyidagilar kiradi:

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

I turi - sababi bolalarning kasallikka genetik moyilligi, ba'zan juda kuchli stress tufayli yuzaga keladi. Bu kasallikning tug'ma shakli, ushbu shakldagi bola insulinga bog'liq va organizmni dorilar bilan qo'llab-quvvatlashni talab qiladi. Glyukozani oshqozon osti bezi to'qimasi bilan qayta ishlash qiyin.

II turi - ushbu toifadagi odam insulindan mustaqil. Qabul qilingan diabet noto'g'ri metabolizm va keyinchalik qonda insulin etishmovchiligi bilan bog'liq. Kasallik turi yoshi kattaroq aholiga xosdir.

Alomat va belgilari; Bolalarda diabet belgilari va belgilari bir necha hafta davomida tez o'sib boradi. Quyida ular batafsil tavsiflangan. Agar bolangizda g'ayrioddiy alomatlarni sezsangiz - uni shifokorga olib boring, sinovlardan o'ting. Agar siz bilgan odamda qon shakar o'lchagichi bo'lsa, unda siz bo'sh oshqozonda yoki ovqatdan keyin shakarni shunchaki o'lchashingiz mumkin. Shuningdek, "Qon shakarining normalari" maqolasini o'qing. Simptomlarni e'tiborsiz qoldirmaslik kerak - ular o'zlari o'tib ketmaydi, ammo bu faqat yomonlashadi.

Sabablari: Bolalar va kattalardagi diabetning 1-turi aniq sabablari hali ma'lum emas. Immun tizimi xavfli bakteriya va viruslarni yo'q qilish uchun mo'ljallangan. Ba'zi sabablarga ko'ra insulin ishlab chiqaradigan oshqozon osti bezining beta hujayralariga hujum qilishni va yo'q qilishni boshlaydi. Genetika asosan diabetning 1-turiga moyilligini aniqlaydi. Uzatilgan virusli infeksiya (qizilcha, gripp) ko'pincha kasallikning boshlanishiga sabab bo'ladi.

Oldini olish: Bolalarda diabet profilaktikasi yo'qligining samaradorligini isbotlamagan. Bugungi kunda ushbu jiddiy kasallikning oldini olishning iloji yo'q. Emlashlar, haplar, gormonlar, vitaminlar, ibodatlar, qurbonliklar, fitna, gomeopatiya va boshqalar yordam bermaydi diabetning 1-turiga chalingan ota-onalar farzandlarida xavfni aniqlash uchun genetik test o'tkazish mumkin. Antikorlar uchun qon testini ham olishingiz mumkin. Ammo qonda antikorlar bo'lsa ham, **siz kasallikning oldini olish uchun hech narsa qila olmaysiz.**

Davolash; Bolalarda diabetni davolash bu qon shakarini kuniga bir necha marta o'lchash, insulin inyeksiyalari, kundaliklarni saqlash, sog'lom ovqatlanish va muntazam jismoniy faoliyat. Dam olish, ta'til yoki ta'til uchun tanaffuslarsiz siz kasallikni har kuni nazorat qilishingiz kerak. Bir necha hafta ichida bola va uning ota-onasi tajribaga ega bo'ladi. Shundan so'ng, barcha terapevtik tadbirlar kuniga 10-15 daqiqadan ko'p bo'lmagan vaqtini oladi. Qolgan vaqt davomida siz odatdagi turmush tarzini olib borishingiz mumkin.

Bolalardagi diabetning asoratlari: Qandli diabet uning asoratlari tufayli xavfli bo'lgan kasallikdir. Glyukoza metabolizmi bilan bog'liq muammolar tanadagi deyarli barcha tizimlarning ishini buzadi. Avvalo, uni oziqlantiradigan yurak va qon tomirlari, shuningdek asab tizimi, ko'zlar va buyrak shikastlangan. Agar diabet kasalligi kam boshqarilsa, bolaning o'sishi va rivojlanishi nazorat qilinadi, uning IQ darajasi pasayadi.

BOLALARDA YELKA SUYAGI SINISHLARINI TASHXISHLASH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY TAMOIYILLARI

*Ashurov To'lanboy-Pediatrica fakulteti 501 –guruh talabasi
Ilmiy rahbar: Qo'ldashev Qahramon Abduhalilovich
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Bolalarda yelka suyagi sinishlari barchasini ishlarining 7-12% qismini tashkil etadi. Yelka suyagi sinishlari asosan proksimal uchi, diafiz va distal qismlarining sinishlari ko'rinishida bo'ladi. Proksimal qismining sinishi bo'g'im ichi va bo'g'im tashqarisidagi sinishlarga bo'linadi. Bo'g'im ichidagi sinishlarga yelka suyagi boshchasining va anatomik bo'ynining sinishi, bo'g'im tashqarisidagi sinishlarga esa do'mboq sohasidagi sinish, jarrohlik bo'ynining va epifizeolizning sinishlari farqlanadi. Diafiz qismidan sinishlari yuqori 3 dan 1 qismining, o'rta, pastki qismining sinishlari, distal qismi yelka suyagi do'nglari ustidan sinishlar va do'nglarning alohida sinishlari tarzida bo'ladi. Yelka suyaklari sinishlariga sabab bo'lib 70% avtohalokatlar, 11% sport mashg'ulotlari, 19% maishiy jarohatlar.

Yelka suyagi sinishi bilan kelgan bemorlarni tashxislashda asosan shikoyati, anamnezi, obektiv ko'rigimiz va 2 proyeksiyada olingan raqamli roentgen tasviri asosiy o'rinni egallamoqda. Paypaslab ko'rganimizda og'riq bo'lishi tashxislashda yordam beradi. Yelka bo'g'imida harakat cheklanadi. Do'mboqchalar sinishida tashxislashda qo'lni joylashishi va harakatlariga e'tabor beramiz. Agar katta do'mboqcha sinsa, qo'li ichkariga burilib tashqariga harakati qiyinlashada, kichik do'mboqcha singanda qo'lni tashqariga Burgan bo'lib, ichkariga harakatlantira olmaydi. Shikastlanish natijasida muskullar qisqarishi tufayli singan suyak bo'laklari siljiydi.

Davolash; bemorlar konservativ va operativ usulda davolanadi. Bu jarohat turiga va singan suyak qismlarining siljish siljimasligiga yani jarohatning og'irligiga bog'liq holda tanlanadi. Agar yelka suyagi singanda jarohat yopiq bo'lib, singan suyak qismlari siljimagan bo'lsa bemor konservativ usulda davolanadi. Ya'ni bunda bola tirsak bo'g'imi to'g'ri burchak ostida bukilib, torokabraxial gips qo'yiladi. Gipsli bog'lam odatda 7 yoshgacha bo'lgan bolalarga 2 hafta, 7 yoshdan katta bolalarga 3 haftaga qo'yiladi. Chunki bolalar suyaklarining anatomik fiziologik xususiyatlariga bog'liq. 3-6 yoshli bolalarda skelet tizimini qariyb 50 foizi tog'ay 50 foizini suyak tashkil etadi. 6-12 yoshgacha bo'lgan bolalarda suyaklanish 80 foizga yetadi, shuning uchun ularga gipsli bog'lam muddati uzoqroq bo'ladi. Lekin jarohat og'ir yengilligiga ko'ra 3 haftadan 3 oygacha qo'yiladi. Gips yechilgandan so'ng 2-2,5 oy qaltis harakatlardan cheklanadi.

Bizning tadqiqotlarimiz asosida 2020 – yil yanvar oyidan 2021 yil yanvar oyigacha bo'lgan yelka jarohati va uni davolashga doi rma'lumotlar asosida quyidagi natijalar olindi:

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

1. Gipsli bog'lamlar: konservativ davo, regeneratsiya 100% o'mrov suyagi – 26; Yelka suyagi – 35; Yelka do'nglararo, do'nglar usti – 64; Yelka suyagi boshchasi -19; Bilak suyagi – 70; Son suyagi – 24.
2. Ochiq repozitsiyalar yoki operatsiyalar soni: regeneratsiya 100% O'mrov suyagi – 15; Yelka suyagi – 7; Yelka suyagi do'nglar aro va do'nglar usti – 102; Yelka suyagi boshchasi – 20; Bilak – 16; Son suyagi – 18;

Hozirgi kunda bizning tadqiqotlarimiz yelka suyagi sinishlari orasida yelka suyagi proksimal qismining sinishi, ayniqsa bo'g'imdan tashqari sinishi ko'p kuzatilmoqda. Tekshirishlarimiz asosida har 10 ta yelka suyagi sinishi bilan kelgan bemor bolalarning qariyb 7-8 tasida yelka suyagi bo'g'imdan tashqari sinish ko'rinishida kuzatilmoqda. Ya'ni qariyb 70-80%. Ushbu sinishlar bilan kelgan bolalarning 60-70% ini o'g'il bolalar tashkil etmoqda. Bo'g'im ichi sinishlarining ham 75-80% do'nglar aro sinish bo'lsa, 15-20% i do'nglarning sinishidir. Shu do'mboqlar aro sinishlar chap qo'lda o'ng qo'lga nisbatan taxminan 2:1 nisbatni tashki letmoqda. Shu sinishlar bilan kelgan bolalar viloyat shoshilinch markazida 2 kundan 5 kungacha statsionar davolanmoqda. Yuqoridagilarni xulosa qilib, chap qo'l suyaklari shikastlanishlari uchrashi ko'proq kuzatildi. Shular sabab, ortopedik ko'ruv vaqtida va profilaktik suhbatlarda e'tabor berilishi maqsadga muvofiq.

GENI O'ZGARTIRILGAN MAXSULOTLARNING AHAMIYATI VA ULAR ORQALI KELIB CHIQUADIGAN KASALLIKLAR

Badalboyev Axrorbek - Stomatologiya fakulteti 101- guruh talabasi

Ilmiy rahbar: Mamazulunov Nurmuhammad - Biologik kimyo kafedrasida assistenti

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dastlab xavfsiz deb e'lon qilingan, keng tarqalgan o'lim va kasalliklarga sabab bo'lgan. Ularning ta'siri katta bo'lsa-da, aholining aksariyati saqlanib qoldi. Oziq-ovqat mahsulotidagi o'zgarishlarga shubha qilish mumkin emas. Hammasi yeydi; har bir kishi ta'sir ko'rsatadi. Shimoliy Amerikadagi ayrim kasalliklarning ko'payishi bizning dietamizdagi chuqur o'zgarishlar tufayli yuzaga kelishi mumkin. Eng radikal o'zgarish o'n yillar oldin genetik jihatdan modifikatsiyalangan (GM) ekinlari kiritilgandan bir oz vaqt o'tdi. Ularning salomatlikka bo'lgan ta'siri katta e'tibordan chetda qoldi, ammo so'nggi tadqiqotlar jiddiy muammolarni ko'rsatmoqda. Geni o'zgartirilgan organizmlar (GDolar) minglab toksik yoki allergik reaksiyalar, minglab kasallik, steril va o'lik chorvachilik bilan bog'liq, va laboratoriya hayvonlarida o'rganilayotgan deyarli har bir organ va tizimga zarar yetkazadi. Deyarli har bir mustaqil oziqlantirish xavfsizligi salbiy yoki tushunarsiz ta'sir ko'rsatadi.

1990 -yilning dastlabki kunlaridan beri Qo'shma Shtatlar hukumati tomonidan tayyorlangan ritorika GM taomlari asrlar mobaynida mavjud bo'lgan tabiiy sheriklaridan farq qilmaydi, deb e'lon qiladi. Oziq-ovqat va farmatsevtika idorasi (FDA) ularni "Odatda Xavfsiz deb topdi" yoki "GRAS" deb nomladi. Ushbu holat mahsulotni qo'shimcha sinovdan o'tkazmasdan sotish imkonini beradi. AQSh qonunchiligiga ko'ra, GRAS deb hisoblanadigan narsa moddalar peer-reviewed chop etilgan tadqiqotlar (yoki ekvivalenti) ning katta miqdori bo'lishi kerak va ilmiy jamoa o'rtasida mahsulot xavfsizligini ta'minlashi kerak. GM taomlari ham yo'q edi. Shunga qaramasdan, 1992 -yilda ba'zi ekspertlar noqonuniy deb e'tirof etgan holda, FDA GM ishlab chiqaruvchilari GRASni ishlab chiqaruvchilar deb hisoblashgan ekan, deb e'lon qildilar. Shunday qilib, FDA hech qanday xavfsizlik baholash yoki GDO etiketlemesi shart emas. Bir kompaniya agentlikka gapirmasdan hatto bozorga GM mahsulotini ham taklif qilishi mumkin.

Bunday yumshoq yondashuv asosan yirik qishloq xo'jaligi kompaniyalarining ta'siridan kelib chiqdi. 1979-yildan 1994-yilgacha FDA-da biotexnologiya masalalari bo'yicha yetakchi o'rinni egallagan Henri Millerning so'zlariga ko'ra, "Bu sohada AQSh hukumati idoralari aynan qaysi yirik agrobiznes ularga murojaat qilishlarini so'radi va ularga aytdi. "2 Eng katta ta'sirga ega bo'lgan Ag biotexnologiya kompaniyasi aniq Monsanto edi. The New York Times gazetasining xabariga ko'ra, "Monsanto Vonsaydan Monsanto uchun nima istagan va kengayib, biotexnologiya sanoati bor. . . . Shirkat tartibga solishni bekor qilish va oziq-ovqat mahsulotlarini bozorga tezlashtirish kerakligi haqida keskin qaror qabul qilganda, Oq uy tezkor o'zgacha politsiya siyosati bilan shug'ullanardi. "

FDA olimlari shuningdek, ichak traktining ichidagi o'zlashtirilgan genlarni o'z-o'zidan bakteriyalarning DNKlariga o'tkazish ehtimolini juda tashvishlantirgan. Ular, ayniqsa, antibiotiklarga chidamli marker (ARM) genlarini o'tkazish ehtimoli bilan qo'rqitgan. ARM genlari genlarni kiritish vaqtida qo'llaniladi, chunki olimlar tashqi hujayraning qaysi hujayralari muvaffaqiyat bilan birlashtirilganligini aniqlashga yordam beradi. Biroq, bu ARM genlari hujayrada qoladi va u hujayradan olingan barcha GM o'simliklarining DNKga klonlanadi. FDAning bir hisobotida barcha yirik harflarda ARM genlari "bakteriyalarga o'tish va antibiotiklar bilan davolanmagan super kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkinligi" sababli "Sog'lom kasallik xavfi" deb ataladi.

Biotexnologiya sanoati GM-dan olingan oziq-ovqat mahsulotlarini o'tkazishning imkoni yo'qligini qat'iyat bilan tasdiqlashiga qaramasdan, GM oziq-ovqatlaridagi yagona odamni oziqlantirish tadqiqotlari u amalga oshishini isbotladi. Soya fasulyalarida genetik materiallar ularni go'sht-sutga chidamli qilib, insonning ichak bakteriyalarining DNKlariga o'tkaziladi va 18 funksiyasini davom ettiradi. Ya'ni, GM hosilini iste'mol qilishni to'xtatgandan ko'p vaqt

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

o'tgach, bizning xorijdagi GM proteynlarimiz ichaklarimizda ishlab chiqarilishi mumkin. Chet el genlari bizning o'zimizdagi DNK ichida, o'z a'zolari va to'qimalaridagi hujayralar ichida bo'lishi mumkin.

GM ekinlari tufayli gerbitsidlarni haddan tashqari ishlatish gerbitsidlarga chidamli begona o'tlarni rivojlantirishga olib keldi. USDA statistikasi gerbitsiddan foydalanish jadal sur'atlar bilan rivojlanmoqda. Uni 527 yil GM o'simliklar yilida (16-1996) 2011 million funtga sotildi. O'tilganlik uchun tayyorlangan soya faslida glyphosate foydalanish 227%, 20% ga kamaygan, GMO bo'lmagan sigirlar maydonida foydalanishda xuddi shu davrga to'g'ri kelgan. Ko'p hollarda hozirda gerbitsidlarga chidamli begona o'tlar paydo bo'lishi tezlashmoqda, bu millionlab akrlarda topilgan.

QANDLI DIABET KASALLIGINI OLDINI OLISHNING ZAMONAVIY USULLARI

Bektashev I.B., Dilshodov A.D. - davolash fakulteti 6 bosqich talabalari

Ilmiy rahbar: Yusupova Sh.K. - Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Gospital terapiyasi va endokrinologiya kafedrası

Andijon davlat tibbiyot instituti

DolzARBligi. Qandli diabet eng keng tarqalgan endokrin kasallikdir. So'nggi ma'lumotlarga ko'ra, har 15 yilda qandli diabet bilan kasallanganlar soni ikki baravar ko'payadi va bu kasallikdan o'lganlar soni yurak-qon tomir va onkologik kasalliklardan keyin 3-o'rinni egallaydi. Dunyoda 50 milliondan ortiq diabet kasalligi mavjud. Diabetes mellitus turli xil iqlim va ijtimoiy sharoitlarda yashaydigan har xil yoshdagi va turli kasbdagi erkaklarga ham, ayollarga ham ta'sir qiladi. Qandli diabet tarqalishini kamaytirishning muhim jihatlaridan biri ushbu kasallikning faol profilaktikasi va erta aniqlanishi bo'lishi kerak, uni amalga oshirishda dorixona tashkilotlari va farmatsevtika mutaxassislari muhim rol o'ynashi mumkin. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish, xavf omillari to'g'risida ma'lumot berish va kasalliklarning, shu jumladan diabetning oldini olish kabi yaxshi dorixonalar amaliyoti dorixona tashkilotlari faoliyatida to'g'ri aks etmayapti. Ushbu nashrda diabetning oldini olish bo'yicha dorixonalarining asosiy faoliyati tasvirlangan.

Tadqiqot maqsadi. Qandli diabet rivojlanishiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan xavf omillarini aniqlash va ushbu kasallikning ko'p faktorli tarmoqlararo birlamchi profilaktikasi modelini ishlab chiqish bo'yicha tizimli yondashuv nuqtai nazaridan.

Tadqiqot materiallari va usullari. 2016-2019 yillar uchun Andijon viloyati QD ro'yxatidan olingan ma'lumotlarni tahlil qilish QD 2 ning aholi salomatligi ko'rsatkichlarining yomonlashuviga katta hissa qo'shganligini ko'rsatdi. QD 2 bilan bog'liq sabablarning o'limi ayollarda qon aylanish tizimi kasalliklari, neoplazmalar va shikastlanishlar, zaharlanishdan keyin to'rtinchi o'rinni egallaydi, erkaklarda esa oltinchi bo'lib, yuqorida aytib o'tilgan sabablarga qo'shimcha ravishda ovqat hazm qilish va nafas olish organlari kasalliklari Andijon viloyati aholisi umumiy o'limining tarkibi.

Tadqiqot natijasi. Tadqiqot natijalari karbongidrat va lipid metabolizmini tuzatish, QD ni kamaytirish va yurak-qon tomir kasalliklari va o'lim xavfini kamaytirish uchun QD tipidagi kombinatsiyalangan terapiyada bazal insulinosekretsiyani simulyatsiya qiluvchi insulin preparatlari bilan o'z vaqtida davolash ($Hb A_{1c} > 7,5\%$) zarurligini isbotladi. amaliy tibbiy yordamda QD tipidagi bemorlar. O'tkazilgan tadqiqotlar QQM darajasini nazorat qilishni tavsiya etishga imkon beradi, bu esa QDning rivojlanish darajasi va bemorlarda terapiyaning samaradorligini aks ettiradi - Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, insulin terapiyasi uzoq davom etadigan Glargine yoki NPH insulin analoglari bilan PSSP bilan birikmasi uglevod metabolizmini kompensatsiyalashda sezilarli yaxshilanishga, PIP va MAU ni kamaytirishga, shuningdek, yurak-qon tomir kasalliklari rivojlanish xavfini va DM tipidagi bemorlarda KVHDan o'lishning 10 yillik xavfini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. Tadqiqot natijasida olingan natijalar amaliy sog'liqni saqlashda 2-toifa diabetni davolashda insulin preparatlarini (uzoq davom etadigan Glargine insulinining analogi yoki NPH insulinini PSSP bilan birgalikda) ilgari va kengroq foydalanishni tavsiya etishimizga imkon beradi.

Xulosa. Qandli diabetning birlamchi profilaktikasi kasallikning rivojlanishini umuman oldini olishdir. Ikkilamchi profilaktika mavjud kasallik asoratlari rivojlanishining oldini olishga qaratilgan. Birinchi va ikkinchi turdagi ikkinchi darajali profilaktika bir-biridan farq qilmaydi, chunki ular bitta maqsadga intilishadi - normal qon shakar miqdorini normallashtirish va ushlab turish. Faqat qon glyukoza miqdorini me'yorda ushlab turish orqali siz asoratlarni rivojlanishidan qochishingiz mumkin. Shunga asosanib, siz o'zgartirishingiz mumkin bo'lgan omillar ustida ishlashingiz kerak. Avvalo profilaktika ortiqcha vaznni yo'q qilishdan boshlanishi kerak, agar mavjud bo'lsa, chunki bu diabetning asosiy sababiga olib keladi - hujayralarning o'z insuliniga befarqligi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

UMURTQA POG'ONASI OSTEONXONDROZI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI DAVOLOVCHI JISMONIY TARBIYA VOSITASIDA DAVOLASH SAMARADORLIGI

*Butaboyev M.T., Soliyev I.M.
Andijon davla tibbiyot instituti*

Biz umurtqa pog'onasi osteoxondrozi bilan kasallangan 125 bemorni kuzatdik, ulardan 41 nafari (32,8%) bo'yin umurtqa osteoxondrozdan, 62 nafari (49,6%) ko'krak umurtqasi osteoxondrozidan aziyat chekadilar.

Barcha bemorlar umumiy qabul qilingan an'anaviy tadqiqot usullari yordamida tekshirildi: umurtqa pog'onasining biomexanik buzilishlarini aniqlash, rentgenografiya, myotonometriya. Kasallikning kechishi 1 yildan 19 yilgacha. Bo'yin umurtqa osteoxondrozi bemorlarga ishlab chiqilgan usul bo'yicha mashqlar terapiyasi bilan davolash kursi buyurildi. Davolashdan oldin va keyin mashqlar to'plamidan foydalanish samaradorligini baholash uchun bilak dinamometriyasidan foydalanilgan. Uning ko'rsatkichlari qo'lning mushak kuchini ko'payishini ko'rsatadi, bu maxsus jismoniy mashqlar ta'sirida qo'lning innervatsiyasi, qon ta'minoti va trofikasining yaxshilanishi bilan izohlanadi. Dinamometriya ko'rsatkichlari quyidagicha: davolashda noldin chap qo'l $26 \pm 1,4$, o'ngqo'l $35 \pm 1,9$ kg, davolashdan keyin chapda - $35 \pm 1,7$ va o'ngda - $40 \pm 2,03$ kg. Ushbu ko'rsatkichlar statistik jihatdan ahamiyatli.

8-10-kunlari faol va passiv harakatlari cheklangan yelka bo'g'imlari periartriti belgilari bo'lgan barcha bemorlarda harakatlar diapazoni biroz yaxshilandi, og'riq sindromi yo'qoldi, harakatlar yanada ishonchliroq bo'ldi; darsning 15-18 kunida kasallikning nevrologik va biomexanik ko'rinishlarining ijobiy dinamikasi bilan birga kelgan tiklanish qayd etildi.

Davolash kursidan so'ng barcha bemorlarga olingan effektini mustahkamlash va kasallikning oldini olish maqsadida uyda bir qator mashqlar bajarish tavsiya etiladi.

Shunday qilib, davolovchi jismoniy tarbiya mashqlari kompleksidan foydalangan holda umurtqa pog'onasi osteoxondrozi bemorlarni davolashda erishilgan ijobiy natijalar ularni keng amaliy foydalanishga tavsiya etish imkonini beradi.

REABILITATSIYA ASOSIDA TIBBIY MANIPULYATSIYALAR KOMPLEKSI

*Butaboyev M.T., Kosimov I.U., Minavarov R.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Ko'plab mualliflarning e'tiborini bemorlarni kompleks bosqichma-bosqich rehabilitatsiya qilishning muhim tarkibiy qismi sifatida rehabilitatsiya va fizik davolash usullarining foydali ta'siri jalb qiladi.

Dastlabki rehabilitatsiya uning eng muhim tamoyillaridan biridir, shuning uchun uning barcha tashkiliy va uslubiy shakllari ushbu vazifani bajarishga yo'naltirilgan bo'lishi kerak. Rehabilitatsiya tadbirlarining asosiy muvaffaqiyati bu ularning murakkabligi, individualligi, shuningdek davomiyligi yoki ularni amalga oshirish bosqichlaridir.

Bizning tadqiqotimizning vazifasi shu qator savollarni hal qilish edi. Bizning tadqiqotimiz uchun Farg'ona vodiysi va O'zbekiston Respublikasida joylashgan fizioterapiya shifoxonalari, sanatoriy - dispanserlar, sanatoriylar asos bo'lgan.

Bizning kafedramiz asosida rehabilitatsiya va davolovchi jismoniy tarbiya nafaqat asosiy, balki qo'shma kasalliklarning rivojlanish bosqichi, davolashning yoshi va chidamliligi hisobga olingan holda tuzilgan maxsus ishlab chiqilgan davolash komplekslari bo'yicha amalga oshirildi.

Uzluksizlik va individuallik tamoyillari amalga oshirildi. Rehabilitatsiya muolajasida ratsional vosita manbai, sauna, fizioterapiya apparatlari va sharq tabobati usullaridan foydalanish muhim ahamiyat kasb etdi. Bemorni tezroq ishga qaytishi uchun psixologik tayyorgarlik katta ahamiyatga ega edi. Yil davomida bizning kuzatuvimiz dadavolanganlar soni - 17 yoshdan 82 yoshgacha bo'lgan 552 kishi, shundan erkaklar - 52%, ayollar - 48%, shu jumladan ishchilar va xizmatchilar - 52,7%ni tashkil qildi.

Bosqichlidavolashnatijalarinibaholashda biz jamoamiz tomonidan ishlab chiqilgan samaradorlik mezonlaridan foydalandik. Shifoxonadan chiqish paytida har bir bemorga subyektiv, obyektiv, klinik va laboratoriya ma'lumotlari asosida ekspert bahosi o'tkazildi.

Bosqichli davolanishning ijobiy natijalari umurtqa pog'onasi osteoxondroziga chalingan bemorlarning 89,6 foizida, ayol jinsiy a'zolarining o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanish kasalliklari bilan og'riq bemorlarning 84 foizida, revmatoid poliartrit bilan 81 foizida, ayollarda ikkilamchi bepustlikda 13 foizida kuzatildi. Bizning tadqiqotlarimiz bosqichli davolash samaradorligini ko'rsatdi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

OZIQ-OVQAT QO'SHIMCHALARI VA ULARNING ORGANIZMGA TA'SIRI

Halimjonov Boburjon- Stomatologiya fakulteti 101- guruh talabasi

Ilmiy rahbar: Mamazulunov Nurmuhammad- Biologik kimyo kafedrası assistenti

Andijon davlat tibbiyot instituti

Do'konlar javonlarida oziq-ovqat qo'shimchalari bo'lmagan mahsulotlarni topish deyarli mumkin emas. Ular hatto nonga solingan. Istisno tabiiy oziq-ovqat - go'sht, don, sut va o'tlardir, ammo bu holatda ham ularda kimyo yo'qligiga ishonch hosil qilish mumkin emas. Masalan, mevalar ko'pincha konservantlar bilan davolanadi, bu ularning taqdimotini uzoq vaqt saqlashga imkon beradi.

20-asrga qadar mahsulot ishlab chiqarishda faqat tabiiy qo'shimchalar ishlatilgan. Asta-sekin oziq-ovqat kimyosi kabi fan rivojlana boshladi va sun'iy qo'shimchalar tabiiy moddalarning ko'pini almashtirdi. Sifat va ta'mni yaxshilaydigan vositalar ishlab chiqarish yo'lga qo'yildi. Ko'pgina oziq-ovqat qo'shimchalarining bitta yorliqqa joylashishi qiyin bo'lgan uzoq nomlari bo'lganligi sababli, Yevropa Ittifoqi qulaylik uchun maxsus yorliq tizimini ishlab chiqdi. Har bir oziq-ovqat qo'shimchasining nomi "E" bilan boshlandi - bu harf "Evropa" degan ma'noni anglatadi. Undan keyin ma'lum bir turga mansubligini ko'rsatadigan va ma'lum bir qo'shimchani ko'rsatadigan raqamlar ketma-ket kelishi kerak. Keyinchalik, tizim takomillashtirildi va keyinchalik xalqaro tasniflash uchun qabul qilindi.

Har kuni ozuqaviy qo'shimchalar soni ko'paymoqda. Yangi samarali va xavfsiz moddalar eskilarini almashtirmoqda. Masalan, yaqinda qo'shimchalar aralashmasidan iborat bo'lgan murakkab qo'shimchalar ommalashmoqda. Har yili tasdiqlangan qo'shimchalar ro'yxatlari yangilari bilan yangilanadi. E harfidan keyin bunday moddalar 1000 dan katta kodga ega.

Fermentatsiya qilingan sut mahsulotlarini ishlab chiqarishda biologik faol qo'shimchalar qo'llaniladi. Ularni oziq-ovqat qo'shimchalari bilan aralashtirmaslik kerak. Birinchisi, ikkinchisidan farqli o'laroq, alohida-alohida, ovqatga qo'shimcha sifatida ishlatilishi mumkin. Ular tabiiy yoki bir xil moddalar bo'lishi mumkin. Rossiyada xun takviyeleri oziq-ovqat mahsulotlarining alohida toifasi sifatida tasniflanadi. Ularning asosiy maqsadi odatdagi oziq-ovqat qo'shimchalaridan farqli o'laroq, tanani yaxshilaydi va uni foydali moddalar bilan ta'minlaydi.

Sog'lom oziq-ovqat qo'shimchalari

Barcha ozuqaviy qo'shimchalardan qo'rqmang. Qo'shimchalar vazifasini bajaradigan ko'plab moddalar tabiiy mahsulotlar va o'simliklardan olingan ekstraktlardir. Masalan, olma tarkibida E harfi bilan belgilanadigan ko'plab moddalar mavjud, masalan, askorbin kislotasi - E300, pektin - E440, riboflavin - E101, sirka kislotasi - E260. Olmada oziq-ovqat qo'shimchalari ro'yxatiga kiritilgan ko'plab moddalar mavjudligiga qaramay, uni xavfli mahsulot deb atash mumkin emas. Xuddi shu narsa boshqa mahsulotlarga ham tegishli.

Zararli oziq-ovqat qo'shimchalari

Zararli qo'shimchalar foydali moddalardan ko'ra ko'proq. Bularga nafaqat sintetik moddalar, balki tabiiy moddalar ham kiradi. Oziq-ovqat qo'shimchalarining zarari katta bo'lishi mumkin, ayniqsa, ular oziq-ovqat bilan muntazam ravishda va ko'p miqdorda iste'mol qilinadigan bo'lsa.

Hozirgi vaqtda Rossiyada qo'shimchalar taqiqlangan:

- non va unni yaxshilaydigan moddalar - E924a, E924d;
- konservantlar - E217, E216, E240;
- bo'yoqlar - E121, E173, E128, E123, Red 2G, E240.

Mutaxassislar tomonidan olib borilgan tadqiqotlar tufayli ruxsat etilgan va taqiqlangan qo'shimchalar ro'yxatiga muntazam ravishda o'zgartirishlar kiritilmoqda. Bunday ma'lumotlarni doimiy ravishda kuzatib borish tavsiya etiladi, chunki vijdotsiz ishlab chiqaruvchilar mahsulot narxini pasaytirish, ishlab chiqarish texnologiyalarini buzish uchun ulardan foydalanishmoqda.

Sintetik kelib chiqadigan qo'shimchalarga e'tibor bering. Ular rasmiy ravishda taqiqlanmagan, ammo ko'plab mutaxassislar ularni odamlar uchun xavfli deb hisoblashadi. Masalan, E621 belgisi ostida yashiringan monosodyum glutamat mashhur lazzat kuchaytiruvchisi. Buni zararli deb atash mumkin emasga o'xshaydi. Bizning miyamiz va yuragimiz bunga muhtoj. Agar tanada yetishmasa, u o'z-o'zidan moddani ishlab chiqarishi mumkin. Ortiqcha miqdorda glutamat toksik ta'sirga ega bo'lishi mumkin va jigar va oshqozon osti bezi undan ko'proq narsani oladi. Bu giyohvandlik, allergik reaksiyalar, miyaning shikastlanishi va ko'rishning buzilishini keltirib chiqarishi mumkin. Ushbu modda bolalar uchun ayniqsa xavflidir. Paketlarda odatda mahsulot tarkibida qancha monosodyum glutamat borligi ko'rsatilmagan. Shuning uchun tarkibidagi ovqatni ortiqcha iste'mol qilmaslik yaxshiroqdir.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

PEDAGOGIK TEXNOLOGIYA VA UNING MOHIYATI

G.M. G'ofurova

Ilmiy rahbar: L.S.Hudayberdiyeva

Xorijiy tillar kafedrası

Bizga yaxshi ma'lumki, har bir nazariya o'zining metodologik asoslariga ega bo'ladi. Ta'lim texnologiyasi nazariyasining ilk g'oyalari ilgari surilgan davrlardayoq mazkur nazariyaning asoslari ham yaratila boshlagan. Ta'lim texnologiyasi nazariyasining umumiy asoslarini uning maqsadi, mazmuni, vazifalari, tamoyillari, obyektiv (tashqi) hamda subyektiv (ichki) omillari obyektiv asosiy tushunchalari me'zonlari va boshqalari tashkil etadi.

Ta'lim texnologiyasi nazariy asoslari mohiyati xususiyatida so'z yuritish "Ta'lim texnologiyasi" tushunchasining tub ma'nosini anglash talab etiladi. Pedagogik texnologiya nazariyasi o'tgan asrning ikkinchi yarimidan boshlab asoslanib kelinayotgan bo'lsada, aynan "Pedagogik texnologiya" tushunchasiga nisbatan turlicha yondoshuvlar mavjud. Xususan pedagog olim V.P. Bepalko pedagogik texnologiyani "amaliyotga tadbqiq qilinadigan muayyan pedagogik tizim loyihasi" deb ta'riflaydi hamda asosiy diqqatni o'quv pedagogik jarayonni oldindan loyihalashga qaratadi.

So'nngi o'n yil davomida nutqimizda "pedagogik texnologiya", "zamonaviy pedagogik texnologiya", "o'qitish texnologiyasi" kabi tushunchalar keng qo'llanilmoqda. Aksariyat pedagoglar "ta'lim texnologiyasi" hamda "pedagogik texnologiya" tushunchalari mazmunan bir ma'noni anglatishini ta'kidlamodqalar. Bizning nazarimizda bunday yondashuv u qadar to'g'ri emas, hamda bu borada yagona to'xtamga kelish muhimdir.

Yuqorida qayd etib o'tilganidek, ta'lim jarayonini texnologiyalashtirish g'oyasi G'arbiy Yevropa hamda AQShda yaratilgan edi. Bizga ma'lumki, G'arbiy Yevropa mamlakatlari va AQShda "pedagogika fani mavjud emas, shu bois pedagogik faoliyat", "pedagogik tizim", shuningdek ularga bog'liq ravishda yuzaga keluvchi "pedagogik texnologiya" tushunchasi ham iste'molda yo'q. Nomlari qayd etilgan mamlakatlarda shaxsga ilmiy bilimlarni berish jarayoni "ta'lim jarayoni" sifatida nomlanadi, shaxsga bilimlar berish, uning ma'lumotini oshirish, ta'lim samaradorligini ta'minlashga xizmat qiluvchi fanlar majmui "metodika" deb yuritiladi.

Metodika fanlarini o'qitishda asosiy e'tibor ta'lim sifatini yaxshilash, uning samaradorligini ta'minlashga qaratiladi. Ta'limning globallashuvi sharoitida ta'lim sohasi bilan jamiyatning rivojlanib borayotgan ijtimoiy ehtiyojlari o'rtasida nomutanosiblikning yuzaga kelganligi kuzatilmoqda. Ta'lim tizimi oldiga barkamol shaxsni shakllantirish, ta'lim sohasi bilan mehnat bozori o'rtasidagi nomutanosiblikni qisqartirish hamda axborot texnologiyalaridan foydalanish imkoniyatlarini kengaytirish kabi yangi, dolzarb vazifalar qo'yilmoqda. Mazkur vazifalar pedagogik texnologiya nazariyasini yaratish va ta'lim jarayonini puxta loyihalashga erishish zaruriyatidan kelib chiqadi. Qayd etilganidek, pedagogik texnologiyani nazariy asoslarini ishlab chiqish dolzarb vazifa sanalib, ta'lim texnologiyalarini yaratish muammolari bo'yicha olib boriladigan umumiy va amaliy tadqiqotlarga keng yo'l bergan holda ushbu nazariya mohiyatini to'laqonli aks ettiruvchi terminologiyani shakllantirishni taqozo etadi. Bugungi kunda nazariy va amaliy jihatdan puxta asoslangan umumiy ishlanmalarning mavjud bo'lishi alohida ahamiyat kasb etadi. Zero, umumiy nazariy bazaga ega bo'lmasdan turib, ayrim muammolarni hal etish mumkin emas.

Pedagogik texnologiya nazariyasi va uni ta'lim jarayonida qo'llash muammolariga bag'ishlangan zamonaviy tadqiqotlar mazkur nazariyaning ta'lim rivojini ta'minlashdagi ahamiyatini chuqur anglab yetish, uning imkoniyatlarini aniqlash va keng ko'lamli axborot maydonini egallashga yordam beradi.

Pedagogik texnologiya nazariyasini shakllantirish va undan foydalanish mexanizmini bilish ta'lim jarayonini rivojlantirish va boshqarishning eng samarali shakli va metodlarini aniqlash imkonini beradiki, buning nafaqat nazariy, balki amaliy ahamiyati ham beqiyosdir.

Texno-pedagogik mazmunda e'lon qilinayotgan ilmiy ishlar sonining tobora ortib borayotganiga qaramay, mavjud muammolar yetarli darajada tadqiq etilmagan. Pedagogik texnologiyani nazariy-metodologik asoslarini yaratish, unga ilmiy fan maqomini berish zaruriyatini asoslash borasida bildirilgan taklifga hanz tavsia yoki istak shaklida qaralmoqda.

Ta'lim nazariyasi va amaliyotida pedagogik texnologiyalarni tadqiq etilishi fanlararo (pedagogika, psixologiya, metodologiya, pedagogik metodologiya, falsafa, sotsiologiya va boshqa fanlar) aloqadorlik va bog'liqlik asosida yondashuvni talab etadi. Ko'rsatib o'tilgan fan yo'nalishlarining har birida ta'lim texnologiyalarining ma'lum nazariy jihatlar va texnologiyani ta'lim jarayoniga tadbqiq etishda alohida o'rin tutuvchi qulay shart-sharoitlari bir qadar to'liq tahlil qilingan.

Pedagogik texnologiyani mohiyati, ularni ta'lim jarayonida qo'llash mexanizmini ta'lim falsafasi va sotsiologiyasi kontekstidan tashqarida ko'rib chiqish mumkin emas. Zero, mazkur fanlar ta'limning jamiyat hayotidagi o'rni va roli, shuningdek, ijtimoiy vazifalarini har tamonlama tahlil etadi, ta'lim metodologiyasi muammolarining chegarasini ko'rsatib beradi.

Umumiy metodologiyani barcha unsurlari texnikashunoslik metodologiyasining tizimli, faoliyatli va majmuaviy yondashuvi hamda xususiyatlari, ya'ni, umumiy metodologiyani unsurlariga tayanmog'i lozim. Shu bilan birga pedagogik texnologiya pedagogik jarayonning amal qilish shakllaridan biri sifatida namoyon bo'ladi. Binobarin, pedagogik texnologiya muammolarini tadqiq qilishning metodologik plani pedagogika nazariyasi metodologiyasi bilan to'ldirilishi kerak. Texno-pedagogik fenomen (hodisa)ni tadqiq etish metodologiyasini ishlab chiqish ilgari surilgan ilmiy tadqiqot muammosini hal etish doirasida g'oyatda dolzarb vazifa hisoblanadi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Pedagogik texnologiya nazariyasiga oid muammoli vaziyatni tahlil qilish jarayonida shu narsa ma'lum bo'ladiki, muammoli vaziyat qisqa tavsif orqali ifoda etiladi. Ushbu holat tadqiq etilayotgan muammoning xususiyatlarini aniqlash va kengaytirilgan hamda mantiqan bir-biriga zid kelmaydigan predmetli blokni shakllantirishga asosli o'tish imkonini beradi.

Pedagogik texnologiya nazariyasining mazmuni va tarkibiy tuzilmasi (tuzilish) ko'rib chiqilayotgan muammolar majmuida markaziy o'rinni egallaydi.

Manbalarda bu tushuncha quyidagicha sharhlanadi: "Nazariya (grekcha theoreo so'zidan olingan bo'lib, theoria-qarab chiqaman, tadqiq etaman) keng ma'noda – ma'lum hodisaning mohiyatini yoritish va tushuntirishga yo'naltirilgan qarashlar, tasavvurlar, g'oyalar majmui; nisbatan tor va maxsus ma'noda esa, qayd etilayotgan nazariya obyekti bo'lgan faoliyat qonuniyatlari va mavjud aloqalari to'g'risidagi to'laqonli tasavvurni bera oluvchi ilmiy bilimlarning eng yuqori, eng taraqqiy etgan tashkiliy shakli".

Ushbu ta'rifga asoslanib, pedagogik texnologiya nazariyasi mohiyatini aniqlashga hizmat qiluvchi quyidagi variant taklif etiladi:

Pedagogik texnologiya nazariyasi – pedagogik faoliyat qonuniyatlari va mavjud aloqalarni va tasvirlar hamda izohlar vositasida ilmiy, asosli bayon etuvchi texnopedagogik bilimlar tizimining shaklidir.

Pedagogik texnologiya mohiyatini anglab olish uning tarkibiy tuzilmasi, vazifasi, nazariy tuzilmalarni ko'rib chiqish hamda bir guruh tayanch tushuncha va kategoriyalarning mazmunini tushunishga imkon beradi.

O'SMIR YIGIT VA QIZLARDA SKOLIOZ KASALLIGINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING INNOVATSION TAMOIYILLARI

Doniyorbek Yokubov – Pediatriya fakulteti 501 –guruh talabasi

Ilmiy rahbar: Qo'ldashev Qahramon Abduhalilovich

Andijon davlat tibbiyot instituti

Skolioz – bu zamonaviy ortopediyaning eng dolzarb muammolaridan biri hisoblanib, ayniqsa o'smir yoshdagi qiz bolalarda ko'plab uchramoqda. Skolioz kasallik sifatida umurtqaning murakkab deformatsiyasi bo'lib, uning uchta tekislikda egriligi bilan ajralib turadi.

Skolioz nafaqat inson tanasining bir qismining deformatsiyasi, balki bubi-nechtatizimlarda (mushak-skelet, nafas olish, yurak-qon tomir, asab) ta'sir qiladigan va buzilishiga olib keladigan kasallikdir. Bu holda umurtqa egrilik kasallikning yetakchi va asosiy namoyonidir, ammo bu yagona emas! Shunga asoslanib, kasallikni o'z vaqtida davolash nafaqat umurtqa pog'onasi va ko'krak qafasidagi qattiq deformatsiyaning, balki nafas olish, yurak-qon tomir va asab tizimidagi o'zgarishlar rivojlanishining oldini olishga yordam berishini tushunish muhimdir.

Orqa miya osteoxondrozining diskogen og'riqli sindromlari bilan og'rigan 1000 nafar bemorlarning 37,8% hollarda tizimli skolioz kuzatilgan. Shu sabab ushbu bemorlar tibbiy reabilitatsiya chora tadbirlariga muhtoj. 14 – 15 yosh o'smir-qizlar orasida umurtqalar aro disk churrasi bor bemorlarning 75- 80% ida 1- darajali skolioz belgilari kuzatilgan. Ularning 20% i da skoliozning 2 – darajaga o'tish holatlari qayd etilgan.

Kasallik sabablari to'liq ma'lum emas. Asrlar davomida shifokorlar va olimlar idiopatik (sababsiz) skoliozning sabablarini tushunishga harakat qilmoqdalar. Bularga:

1. Irsiy moyillik;
2. Asab tizimi o'zgarishlari;
3. Endokrin buzilishlar;
4. Orqa miyaning biriktiruvchi to'qima va suyak tuzilmalaridagi o'zgarishlar;

Afsuski, bizga murojaat qilgan bemorlarning 80 foizida skolioz sababini bilish mumkin emas. Ushbu skoliozga- idiopatik skolioz deyiladi. Bir narsa aniq: uzoq vaqtdan buyon mavjud bo'lgan "raxit" va "maktab" skolyozi nazariyalari butunlay tarixning mulki bo'lib qoldi. Raxit bilan bog'liqlik yo'q, maktab stoliga tushish bilan bog'liqlik yo'q. Ikkinchisini ta'kidlash juda muhimdir, chunki o'qituvchilar va bemorlarning ota-onalari hali ham tez-tez kasallikning rivojlanishini stolda o'tirish bilan "noto'g'ri" tushuntirishga moyil.

Skolioz deyarli har qanday yoshda paydo bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha bu balog'at yoshida - 12-14 yoshda va qizlarda biroz oldinroq bo'ladi. Umuman olganda, qizlar 80% hollarda skoliozda naziyat chekishadi.

Skoliozni qaysi yoshda namoyon bo'lishiga qarab ajratish odatiy holdir (E.V. Ulrix, A.Y. Mushkin, 2004):

- A) Yosh bolalarda skolioz: hayotning dastlabki 2 yilida rivojlanadi, o'g'il bolalarda ko'proq uchraydi, aksariyat hollarda regress.
- B) Voyaga yetmaganlar skoliozi: hayotning 3-yilidan balog'at yoshiga yetishguncha rivojlanadi, qizlarda tez-tez uchraydi, tez-tez o'sib boradi.
- C) O'smirlar skoliozi: rivojlanishning boshlanishi balog'at yoshiga to'g'ri keladi va suyak o'sishi tugaguniga qadar davom etadi (18-20 yosh). Aksariyat hollarda (85% gacha) qizlarda kuzatiladi, u o'sib boradi.
- D) Voyaga yetganlar skoliozi: suyak o'sishi tugagandan so'ng rivojlanadi (18 yoshdan keyin)

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Skoliozni aniqlash juda oson. Bemorning tashqi qiyofasi va ota-onasini so'roq qilish orqali tajribali shifokor deformatsiya darajasini aniqlashga qodir. Orqa miya rentgenologik tekshiruvdan o'tkazilgandan keyingina aniq tashxis qo'yiladi.

Skoliozdan shubha qilishingiz mumkin bo'lgan asosiy belgilar:

- Yelka kamarining assimetriyasi – bir yelka boshqasidan yuqori bo'lgan holati;
- Kurakning assimetriyasi – skolioz rivojlanishi bilan deformatsiyaning konveks tomonidagi scapula konkav tomonidagi skapuladan yuqori bo'ladi va paydo bo'lgan qovurg'a bo'rtig'i uni tashqi tomonga "itaradi".
- Asosiy simptom – bu to'g'ri chiziqdan S ga yoki shakllangan skoliotik kamarga o'tadigan spinous jarayonlar chizig'idagi o'zgarishlardir;
- Egilgan magistral - skolioz, rasmlarda ko'rsatilgandek, magistralning o'qi deformatsiya cho'qqisiga tomon burilganda, magistral muvozanatining o'zgarishiga olib keladi.

Davolash kasallikning klinik – rentgenologik darajasiga ko'ra konservativ hamda operativ usullarda amalga oshiriladi. Konservativ davonning natijasi faqat dastlabki bosqichlardagina bilinadi, 2 – darajadan boshlab operativ davolar : umurtqalarning pay –boylam apparatidagi tashrihlar, disklardagi tashrihlar - diskotomiya, enukleatsiya qilish, umurtqa suyagi tanasidagi tashrihlar o'tkaziladi. O'spirinlarda umurtqa pog'onasining o'sishi deyarli tugaganligi sababli, o'spirin skoliozini davolash barqaror umurtqa tuzilmalar yordamida amalga oshiriladi. Skoliozni tuzatish markazida biz jahon klinikalari bilan bir qatorda zamonaviy operativ jihozlardan foydalanamiz, bularga Medtronic, Depuy, Alphatec dizaynlari. Cotrel - Dubousset - CD HORIZON® LEGACY™

Yuqoridagilardan xulosa qilib aytganda, skoliozni erta aniqlash va tashxislash bilan bunday murakkab operatsiyalarni oldini olishga, ya'ni bemorlarga moddiy hamda ma'naviy foyda keltirishga erishishimiz mumkin.

«NAVOIY VILOYATI CHO'L XUDUDIDA TARQALGAN YURAK QON-TOMIR KASALLIKLARINING STATISTIKASI»

*Yerejebayev Kuvanysh Tursun o'g'li
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali*

Mavzuning dolzarbligi: Yurak qon-tomir kasalliklarining hudud miqyosida dinamik o'sish statistikasiga baho berish, kasalliklarning Navoiy viloyati cho'l xududida tarqalishini o'rganish.

Ishning maqsadi: O'zRning 70%dan yukori qismi tekisliklardan iborat. Navoiy viloyati Respublikaning katta hududini (24.7%) tashkil etib, ko'p kismini cho'l zonasi qamragan. Izlanishlarning asosiy ob'yekti Konimex TTBsida o'tkazildi. 1997-2000 va 2014-2018 yillar oralig'idagi yurakqon-tomir kasalliklarining o'sish darajasi, kasallik sabablari o'rganildi.

Materiallar va tadqiqot usullari: Navoiy viloyatining Konimex TTB dagi statistika tarixi bilan shug'ullanganimizda ushbu hududdagi uchrovchi kasalliklar orasida yurak qon-tomir kasalliklari asosiy rol egallab kelgan. Ushbu tumanda 8 ta KVP, 2 ta Oilaviy poliklinika va 1 ta Ko'p tarmoqli poliklinika bo'lib, ayni damda umumiy aholi soni 2018yil yakuni bo'yicha 30.636 kishini tashkil etadi. Qishloqlarda (Yangikazgan, Dungalak, Yeltay ovullari) olib borgan tadqiqotlar natijasida oldin kasallik asosan 55-60 yoshdan oshgan bemorlarda kuzatilgan bo'lsa, ammo hozirda bu kasalliklar quyi tomonga yosharib borilmokda.

Tadqiqot natijalari: Aholi orasida ko'pincha yurak kon-tomir kasalliklaridan gipertoniya kasalligi ko'p uchradi. Hududda ob-havo doimo o'zgaruvchan va kuruk bo'lganligi tufayli kariyalarda 35 nafar bemor (14 erkak va 21 ayol) da o'rtacha kon bosimi 140/90 mm sim.ust. ko'rsatgichda. Bolalarda, o'smirlarda va xomilador ayollarda nisbatan kam ko'rsatgichni tashkil etdi. Axoli soni ortib bormokdaligi va kasallanish yoshi quyi bo'lib borayotganligi ma'lum bo'ldi.

Xulosa: Hozirgi kunda ushbu kasalliklar dunyo miqyosida global muammo bo'lganligi tufayli ularni jismoniy xarakatlar orqali oldini olish, yurak qon-tomir kasalliklarini statistik o'sish darajasini kamaytirish va asosiy urg'uni doimo tibbiy madaniyatga etibor berish lozim ekanligini profilaktika sifatida aytiladi va ijobiy natijalar olindi.

POLIKLINIKA SHAROITIDA GIPERTONIYA KASALLIGI BO'YICHA TIBBIY XIZMAT KO'RSATISH SIFATINI OSHIRISH

*Jo'raeva Mohidil – talaba, 5 kurs davolash fakulteti, ADTI
Ilmiy raxbar – Xudayberdiev J.M. – ADTI OSH MO va QT kafedrası*

Mavzuning dolzarbligi: Gipertoniya kasalligini davolashdan maqsad—bemorlarda arterial bosim ko'rsatkichini maqsadli ko'rsatkichda, 140/90 mm.sm.us.dan oshirmaslik xamda, undan xam past natijada ushlab turish, yashash sifatini yaxshilash va xayotini uzaytirish, xavf omillarini oldini olishdir. Hozirgi dori vositalari bozorida gipertoniya kasalligini davolashda ishlatiladigan juda ko'plab preparatlar mavjuddir. Har bir bemorga individual yondoshgan holda, dori preparatlari tavsiya kilinib, davolash ishlari olib boriladi. SHuning uchun sog'likni saklash tizimi birlamchi bo'g'inida profilaktika tadbirlariga katta ahamiyat bermok zarurdir. Bu profilaktik tadbirlar

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

o'z navbatida xavf omillariga ta'sir kilib, arterial kon bosimining vujudga kelishiga to'sqinlik qilish va arterial gipertoniya kasalligining aholi orasida tarqalishini kamaytirishdan iborat.

Maksad: Gipertoniya kasalligida tibbiy nazorat ishlari sifatini oshirish.

Vazifalar: 1. Gipertoniya kasalligi bilan kasallangan bemorlarga tibbiy xizmat kursatish sifatini yaxshilash. Gipertoniya kasalligi bor bulgan bemorlarni erta aniklash, dispanser nazoratiga olish va ularni klinik protokol buyicha olib borish. 2. Gipertoniya kasalligi bor bulgan bemorlar bilan o'zini nazorat qilish qoidalariga o'qitish ishlari olib borish. Aholi o'rtasida gipertoniya kasalligi xavf omillarini oldini olish va sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish 3. Davolash ishlari standart asosida belgilash va olib borish

Tekshiruv material va metodlari Tadqiqot ishlari Asaka tumani oila shifokorlik poliklinikasi(OSHP)da o'tkazildi. OSHPda umumiy aholi soni **5971**. SHundan erkaklar **2627**, ayollar **3334**, kattalar **3424**. Ishni olib borish jarayonida OSHPning 40-70 yoshlardagi aholisi orasidan tasodifiy tanlash yo'li bilan 64ta kishini ajratib olindi. Ajratib olingan aholining yosh va jins tarkibi deyarli har xil bo'lib, prospektiv usulda to'liq klinik, laborator va instrumental tekshiruvlardan o'tkazdik. Tekshiruvlarimiz: klinik, bioximiyaviy, statistik-analitik usullardan foydalanib, olib borildi. SHuningdek, maxsus so'rovnoma orqali zararli odatlar, irsiy moyillik va psixologik holatlari ham o'rganildi. Taxlillar shuni ko'rsatadiki, mazkur OSHP axolisi o'rganilgan guruxi o'rtasida AGning tarqalishi 60,1% ni tashkil qildi. 39ta bemorning 15tasi (25,6%) ayollar, 22tasi(56,4%) erkaklarni tashkil etdi. Bu kuzatuvlar xulosalar uchun etarli bo'lmasada, lekin tashvishli ko'rsatkich bo'lib, bu muammoga OSHP miqyosida davolash va profilaktik chora tadbirlar qo'llashni talab qiladi.

Xulosa:1.Tibbiy xujjatlarni o'rganish va kuzatuv uslublaridan foydalanib tekshirganimizda, kabulga kelgan 40 yoshdan oshgan bemorlar gipertoniya kasalligi, uning xavf omillari xakida, sog'lom turmush tarzi xakida kam ma'lumot olayotganliklari aniklandi.

2.Bemorlardan intervyu olganimizda, gipertoniya kasalligi bo'yicha o'zini-o'zi nazorat qilish qoidalarini kam bilishlari aniqlandi. Bemorlar va sog'lom aholini gipertoniya kasalligi buyicha, sog'lom turmush tarzi buyicha o'qitish uchun kerakli qo'llanmalar, bukletlar, yodnomalar etarli darajada emas.

Tavsiyalar:1.Har bir oila shifokori arterial gipertoniya kasalligi bilan dispanser nazoratga olingan bemorlarni klinik protokol bo'yicha olib borishga o'qitilishi kerak.

2.Tibbiy xodimlar o'rtasida klinik protokol, qo'llanmalarni qo'llash buyicha seminar o'tkazish zarurdir.

3.OSHP ixtiyoridagi dori vositalari ro'yxatiga qo'llanmalarda tavsiya kilingan zamonaviy dori vositalaridan kiritilishi lozim.

4. 40 yoshdan oshgan aholi o'rtasida gipertoniya kasalligi, uning xavf omillari, o'zini nazorat qilish qoidalari bo'yicha suxbatlar, leksiylalar o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

5. JSST klinik protokollari bilan ishlash amaliyotini yuqori kurs talabalarining o'quv jarayonlariga tatbiq etish kerak

SOHA TERMINLARI VA TERMINSHUNOSLIK MASALALARI

G.D.Mahmudova

Ilmiy rahbar: L.S.Hudayberdiyeva

Xorijiy tillar kafedrası

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.

Ma'lumki, so'zlar bir nechta ma'noga ega bo'ladi. Ko'p ma'noli so'zlarning aniq ma'nosi kontekstda, gap tarkibida aniqlanadi. Bunday so'zlar nuqtaning ta'sirli, jonli ixcham va badiiy bo'lishida nihoyatda katta rol o'ynaydi. Shu bilan birga, har bir tilda o'zining ishlatilish doirasiga ko'ra cheklangan, asosi birgina ma'noga ega bo'lgan, bir tushunchani ifodalaydigan so'zlar ham bo'ladi. Bunday so'zlar, xususan fan, texnika, sanoat, qishloq xo'jaligi, siyosat, til va adabiyot, hunarmandchilik kabi turli sohalarida uchraydi. Shuning uchun fan, texnika, siyosat sohalarining terminlari nihoyatda aniq bo'lishi talab qilinadi. Rus tilidagi termin so'zi lotincha "terminus" so'zidan

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

olingan bo'lib, chegara, chegara belgisi, chek ma'nolarini anglatadi. Fan-texnika va boshqa sohaga oid narsa-hodisa haqidagi tushunchani aniq ifodalaydigan, ishlatish sohasi shu sohalar bilan chegaralangan so'zlar yoki so'z birikmasi termin deb ataladi. Terminlar bir ma'noli bo'lishi, ekspressivlik va emotsionallikka ega bo'lmashligi kabi belgilari bilan ham umum iste'moldagi so'zlar bilan farqlanadi.

Terminlarning muhim xususiyati shundaki, ular ko'p ma'noli bo'lmaydi. Ko'chma ma'nolarda ishlatilishi nihoyatda kam uchraydi. Masalan, operatsiya termin sifatida: - tibbiyot sohasida yorish, kesish, kesib olib tashlash va shu yo'llar bilan kasallikni tuzatish va davolash maqsadida; - harbiy sohada biror vazifa va maqsadni amalga oshirishga qaratilgan harakatlar ma'nosida; - davlat idoralarida rasmiy muomala (masalan: bank, pochta operatsiyasi) kabi ma'nolarda qo'llaniladi.

Fan, texnika, adabiyot, san'at, qishloq xo'jaligi va ishlab chiqarishning taraqqiy etib borishi bilan terminshunoslik ham rivojlanib boradi, ya'ni terminlar paydo bo'ladi. Ba'zi bir eskirib, keraksiz bo'lib qolgan terminlar esa iste'moldan chiqib qoladi.

K.M. Musayev terminshunoslikni tilning leksikasi sifatida go'yo bir shaharga qiyoslaydi. Uning fikricha terminshunoslik yagona reja asosida qurilsa-da, lekin birdaniga barpo etilmaydi. U tarixiy shart-sharoit asosida shakllanadi, uni yaratishda har xil avlodga mansub bo'lgan turli me'morlar, loyihachilar, kashfiyotchilar ishtirok etadi. Ular har bir qurilayotgan inshootni yaxshi o'rgangan holda barpo etadilar.

Terminshunoslikni tartibga solishdagi o'ziga xos murakkablik shu bilan belgilanadi. Rus tilshunosi D.S. Lotte terminshunoslikka bag'ishlangan asarlarida barcha sohaviy terminshunosliklar uchun umumiy bo'lgan quyidagi kamchiliklarni ko'rsatib o'tgan.

1. Barcha terminshunoslik tizimlari uchun taniqli bo'lgan kamchiliklardan biri terminlarning ko'p ma'noliligidir. Bunda bir termin ikki va undan ortiq ma'nolarda qo'llaniladi.

2. Ikkinchi yirik nuqsonlardan biri terminlar sinonimiyasi hodisasidir. Termin-sinonim (dublet)lar deganda muayyan bir tushunchani ifodalash uchun ikki va undan ortiq terminning muomalada bo'lishi tushuniladi.

3. Terminshunoslikdagi muayyan bir kamchilik bu ma'lum bir tushunchani ifodalashga xizmat qiluvchi terminning anglatishi lozim bo'lgan tushuncha mohiyatiga uyg'un bo'lmashligidir. Ba'zi holatlarda so'zning aynan ma'nosi bilan tushuncha mohiyati o'rtasidagi nomutanosiblik vujudga keladi.

4. Terminning ko'p komponentlardan iborat bo'lishi va natijada uni qo'llashdagi noquvaylikdir. Bunday muayyan bir tushunchani ifodalashga xizmat qiluvchi termin ikki va undan ortiq komponentlardan iborat bo'ladi.

5. Termin talaffuzining noquvayligi. Bunday terminlar ikki sababga ko'ra vujudga keladi: - asosiy terminni yaratishda uning derivativlik imkoniyatlari yetarlicha inobatga olinmaydi. - xorijiy terminni o'zlashtirishda unga jiddiy e'tibor bilan qarab, tanqidiy yondashilmaydi.

6. Terminshunoslikdagi eng katta kamchilik bu terminshunoslikni keragidan ortiq miqdorda xorijiy terminlar bilan to'ldirib tashlashdir. Hech qanday til faqat o'z termin elementlari hisobiga terminshunoslikni qura olmaydi. Til qurish jarayoni shuni ko'rsatadiki, dunyoda sof tilning o'zi umuman mavjud emas.

7. Ko'p hollarda ba'zi tushunchalarni ifodolovchi terminlar iste'molda mavjud bo'lmaydi. Natijada bunday tushunchalar o'ta muhim va ahamiyatli bo'lishiga qaramasdan, keng tarqalish imkoniyatidan mahrum bo'ladi.

8. Yana bir kamchilik shuki, termin yaratishda u anglatishi lozim bo'lgan tushuncha mohiyati bilan o'zaro batartiblikni yetishmasligidir.

D.S. Lotte tomonidan ko'rsatib o'tilgan barcha soha terminshunosliklariga oid bu kamchiliklar oradan 40 yildan ortiq vaqt o'tishiga qaramasdan bugungi kunda ham o'z ahamiyati va dolzarbligini yo'qotmasdan turibdi.

Terminshunoslik lug'atlari ham soha terminshunosligini tartibga solishda o'ziga xos ahamiyat kasb etadi. Akademik G'. Abduraxmonov terminshunoslik lug'atlarini ma'lum fan sohasiga xizmat qilibgina qolmay, terminlarni tartibga solish, takomillashtirish hamda standartlashtirishda ham muhim ro'l o'ynashini ta'kidlab o'tgan. Terminshunoslik lug'atlari uchun termin tanlash nihoyatda ma'suliyatli ish. Chunki har bir termin ma'lum tushunchani to'g'ri ifodalashi, o'zi ifodilangan sohaga va ona tili qonuniyatlariga mos bo'lishi shart. Tanlangan termin bir ma'noli, ixcham so'z yoki so'z birikmasidan iborat bo'lishi, sinonimlarga ega bo'lmashligi kerak. Terminshunoslik lug'atlari bir tilda yoki ikki tilda tuzilib, uning vazifasi har bir sohadagi terminlarni izohlab, tushuntirib berishdan iborat. Bunday lug'atlar "maxsus lug'atlar" yoki "soha lug'atlari" deb ham yuritiladi. Terminshunoslik lug'atlari har qaysi soha bo'yicha tuziladi. Ilmiy uslubdagi leksikada terminlar alohida o'rinni egallaydi.

Hozirgi zamon fani va texnikasi differensiyalashish va maxsuslashish bilan xarakterlanadi. Masalan, zamonaviy fanlar 500 dan ortiq soha va tarmoqlarga bo'linib ketganki, ularning har qaysisi o'zining takomillashtirilgan terminshunosligiga ega. Shu bilan birga fan va texnikaning barcha soha va tarmoqlari maxsuslashgan bo'lishi bilan bir qatorda umumiy hamdir, binobarin, ular soha mutaxassislarining tor manfaatlari bilan cheklanib qolmaydi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

FERTIL YOSHIDAGI AYOLLARNI ASORATSIZ SIYDIK YO'LI INFEKSIYASI XASTALIKLARIDA SAMARALI DAVOLASH

Yigitaliev Boburjon – talaba, ADTI pediatriya fakulteti 6 kurs 611

Ilmiy raxbar: Xudayberdiev J.M. –ADTI OSH MO va QT kafedrası

Oila shifokorining kundalik qabulidagi bemorlarning $\frac{1}{4}$ qismi siydik yo'li infeksiyasi xastaligi bilan murojaat etadilar. Siydik yo'li infeksiyasi muammosi sog'liqni saqlash birlamchi bo'g'inida oila shifokoridan katta amaliy tajriba va mas'uliyat talab qiladi.

Davolash maqsadida qo'llanilayotgan antibiotiklarni siydik yo'li infeksiyasi (SYI) mikrobinin turini aniqlamay turib, hisobsiz tavsiya etish esa shu dorilarga rezistentlikni kelib chiqishiga sabab bo'ladi va davolash samaradorligini pasaytiradi. Natijada fertil yoshidagi ayollar (FYOA) reproduktiv salomatligiga va hayot sifatiga jiddiy xavf tug'iladi. Bunday oqibatlar kelib chiqmasligi uchun xastaliklarni ambulator sharoitida tashxislash, davolash, reabilitatsiya qilishda oila shifokori uchun jaxon standartlari talablari asosida ish olib borish muhimdir.

Maqsad: Oila shifokori ish faoliyatida FYOAlarda SYI xastaligi muammosini siydikdagi bakteriyaning turini va shu bakteriyaning antibiotiklarga sezuvchanlik darajasini aniqlab tashxislab, samarali davolash va profilaktik chora tadbirlarni qo'llash.

Materiallar: Biriktirilgan hududda 2018-2020 yillar davomida SYI xastaliklari bilan murojaat etgan 46 ta fertil yoshdagi ayollar tekshiruvdan o'tkazildi. Nazorat guruhiga 22 ta fertil yoshdagi ayollar olindi. Bemorlarning 23tasi (50%) jinsiy hayot kechirmaydi, 23tasi (50%) jinsiy hayot kechiradi. Baholash mezonlariga quyidagilar asos qilib olindi: ayollar yoshi 15-49 gacha, shu yoshdagi ayollardan siydik tosh kasalligi, siydik yo'li anomaliyasi, strukturalari, qandli diabet, siydik yo'lga kateter qo'yilmagan va hech qanday jarrohlik amaliyoti o'tkazilmagan, immunodefitsit holati bo'lmagan bemorlar.

Bemorlarga tavsiya etilgan davo choralari davomiyligi, xastalikni qaytalanish holatlari, muolaja o'tkazish sifatlari nazoratga olindi. Barcha 46 ta bemorlarga to'la gigienik talablar asosida, siydikni analiz uchun qanday olish qoidasi tushintirildi, xamda siydikni bakteriologik ekish va mikrobinin antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash tavsiya etildi.

Natijalar: Murojaat etgan barcha FYOAlarda klinik simptomlar majmuasi quyidagi ko'rinishni oldi: dizuriya – 44 (95,6%), tez-tez siydik kelish hissi -36(78,2%), siydik tuta olmaslik - 30(65,1%), qov sohada og'riq 29(63,4%), bel sohada og'riq -28(60,8%), isitma-35(76,0%), titrash- 25 (54,3%), terlash- 23 (50,0%), gematuriya- 4 (8,6%) bemorlarda kuzatildi. Bizning kuzatuvimizda ham sefalosporinlar siydik yo'li infeksiyasi xastaliklarini davolashda boshqa turdagi antibiotiklarga nisbatan o'z aktivligini saqlab qolganligi kuzatildi. Bemorlarni davolashda antibiotiklardan R (personal) preparat tanlab olinib, 7-10 kunlik sxemada davolash o'tkazildi. Qo'shimcha vosita sifatida an'anaviy vositalar qo'llanildi.

Xulosa: 1. Ambulator bemorlarda bakteriyauriya va mikroblarni antibiotiklarga sezgirligini aniqlash asosiy tashxisiy mezonlardan biri hisoblanadi.

2. Sefalosporin guruxi prepatlari siydik yo'li infeksiyasida kuchli samaraga ega

3. Fertil yoshdagi bemor ayollarda bu usulni qo'llash statsionarga yo'llanayotgan bemorlar sonini kamaytiradi.

4. Bemorlarni oilaviy xarajatlarini tejashga yordam berib, ma'naviy va iqtisodiy zararni kamaytiradi.

5. FYOAlarda reproduktiv faoliyatga xavf kamayadi, asorat kamayib, bemorlar hayot sifatini yaxshilanadi.

6. FYOAlarda yosh o'tishi va turmushga chiqib, jinsiy hayot kechirish davrida profilaktik maqsadda bakteriyauriyani aniqlab turish foydali bo'lib, ijobiy natija ko'proq bo'ladi.

COVID-19 INFEKSIYASI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA GEMATOLOGIK VA NOGEMATOLOGIK ASORATLAR TAHLILI

Ixtiyorov Shahboz Ixtiyor o'g'li - pediatriya fakulteti 4-bosqich talabasi

Ilmiy rahbar: Ishchanova Nilufar Xamrayevna - fakultet va gospital terapiya kafedrası assisenti

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mavzuning dolzarbligi: Hozirgi kunda butun dunyoda Covid-19 infeksiyasining tarqalishi.

Mavzuning maqsadi: Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarda gematologik va nogematologik asoratlarni o'rganish va tahlil qilish.

Materiallar va tadqiqotlar usullari: Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasi terapiya, gematologiya va endokrinologiya bo'limlarida davolangan 180 nafar bemorlardan ortiqcha vaznga ega 100 nafari olindi. Covid-19 kasalligi bilan davolanayotgan bemorlarni gematologik va nogematologik asoratlarini tahlil qilish maqsadida qonning umumiy tahlili, koagulogramma, qonining bioximik va tana vazn indeksi tekshirildi.

Tadqiqot natijalari: Ilmiy izlanishning materiali sifatida 05.07.2020 dan 05.09.2020 gacha bo'lgan muddatda Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasi terapiya, gematologiya va endokrinologiya bo'limlarida davolangan 180 nafar bemorlardan ortiqcha vaznga ega 100 nafar bemor olindi. Shundan kasallanganlarning 54 nafari (54%) erkaklar, 46 nafari (46%) ayollarni tashkil qildi. Bemorlar yosh ko'rsatkichi erkaklarda 24-67 yosh oralig'ida, ularning o'rtacha yosh ko'rsatkichi 52.9 ± 1.1 ni, ayollarda yosh ko'rsatkich 18-75

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

oralig'ida, o'rtacha yosh ko'rsatkichi 56.5 ± 1.4 ni tashkil etdi. Tashxis, bemorlar shifoxonaga davolanish uchun kelganda shikoyati, anamnezi, obyektiv, shuningdek paraklinik ma'lumotlar asosida qo'yildi. Tana haroratining oshishi (83–99%), yo'tal (59–82%), umumiy xolsizlik (44–70%), ishtahaning yo'qolishi (40–84%), hansirash (31–40%), anemiya (60–86%), mushaklardagi og'riq (11–35%) ko'p xolatda kuzatildi.

Xulosa: Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan xulosa o'rnida aytish mumkinki Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarda qonni bioximik hamda siydik tahlilini tekshirganimizda glyukoza (+++) miqdorining ortishini ko'rdik. Erkaklarda o'rtacha 9.8 mmol/l, eng yuqori 28.3 mmol/l, eng pastki 4.1 mmol/l, ayollarda o'rtacha 7.1 mmol/l, eng yuqori 18 mmol/l, eng pastki 3.9 mmol/l ni ko'rsatdi. Erkaklarning 11 nafari 19%, ayollarning 13 nafari $\approx 28.26\%$ oldin qandli diabet bilan kasallanmagan bunda virus oshqozon osti bezining dum qismiga zarar berishi natijasida, yuqori dozada glyukokortikoidlar berilishi hisobiga glyukoza miqdori oshib bemorlarda qandli diabetning klinik belgilari namoyon bo'ldi. Bemorlar o'rtacha 14 ± 2 kun davolangan bo'lsa sog'aygandan keyin oldin qandli diabetga chalinmagan bemorlarning 95 nafari (95%) da glyukoza miqdori normal holatga tushdi. 3 nafari (3%) erkaklarda, 2 nafari (2%) ayollarda glyukoza miqdori so'g'aygandan so'ng normadan yuqoriligi aniqlandi. Anemiyaga uchragan bemorlar sog'aygandan so'ng anemiyaning erkaklarda 30 nafari ($\approx 55.6\%$) yengil darajadan normaga ($>120 \pm 1.3$ g/l), 11 nafari ($\approx 24\%$) o'rta darajadan yengil darajaga ($90-119 \pm 1.5$ g/l), ayollarda 8 nafari ($\approx 17.4\%$) yengil darajadan normaga ($>120 \pm 1.2$ g/l), 23 nafari (50%) o'rta darajadan yengil darajaga ($90-119 \pm 1.1$ g/l), 2 nafari ($\approx 4.35\%$) o'rta o'g'ir darjadan o'rta darajaga ($90-71 \pm 1.4$ g/l) o'tganligini qayta qonning umumiy tahlili orqali bildik va ularga temir preparatlari ferronal, ferrum lek, vitamin D, antiagregantlarda asetilsalisil kislota (aspirin) $\frac{1}{4}$ tabletkadan, trombopol 100 mg dan kuniga 1 mahal 30 kun ichish buyurildi. Barcha bemorlar oilaviy poliklinika shifokori nazorati ostida uyiga ruxsat berildi. Bemorlarga №9-parhez stoli buyurildi. Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarga to'g'ri hamda sifatli ovqatlanishni, tana vazniga e'tibor qaratishlarini, har kuni jismoniy va nafas mashqalar bajarishlari kerakligi buyurildi. Bunday bemorlar qandli diabet kasalligi bilan kasallanish xafi ostidagi bemorlar hisoblanadi. Reabilitatsiyadan so'ng bemorlarni 30 kundan keyin o'zlari bilan telefon va oilaviy poliklinika shifokori orqali anamez yig'ilganda so'gaygandan keyin glyukoza miqdori oshgan 5 nafari (5%) bemorlarni 1 nafari (1%) erkaklarda, 1 nafari (1%) ayollarda glyukoza miqdori ko'p chiqdi. Bu bemorlar shifokor tomonidan berilgan tafsialarga rioya qilmaganligi aniqlanib, takroriy tushintirish berildi.

O'ZBEK VA INGLIZ TILLARIDA STOMATOLOGIYA TERMINOLOGIYASIDA GIPER-GIPONIMIK MUNOSABATLAR

N.X. Qayumova

Ilmiy rahbar: Ikromova D.I., Xorijiy tillar kafedras.

Tish terminologiyasi Semantik maydon elementlarining arxik tuzilishi konfiguratsiyasi mavjud bo'lgan ushbu maydon modelida joylashgan tegishli tarkib va xususiyatlarning o'zaro bog'liqligidir. Tizimning asosiy turlari butun leksik korpusni qamrab olgan va unga singib ketgan birikmalar tabiiy til asosiy hisoblanadi, munosabatlar deb qaraladigan paradigmatic munosabatlar sinonimiya, antonimiya va meronimi kabilar birgalikda giper-giponimiyani anglatadi. Paradigmatik munosabatlarni o'rganish va qiyosiy tahlil qilish, stomatologiyadagi giper-giponimiya munosabatlarida namoyon bo'ladi va nutq naqshlarni tahlil qilish zarurati bilan izohlanadi. Ko'p darajali, ierarxik tuzilmalar professional tushunchalar o'rtasidagi giper-giponimiyaning aloqasi muddatli maydonning murakkab doirasini ifodalaydi. O'zaro munosabatlar individual til birliklari orasidagi va ular orasidagi iyerarxiya ierarxiyadagi uyushmalar o'zaro bog'liq pozitsiyalarga bog'liq atamalar bir-biriga nisbatan va paydo bo'ladigan semantic aloqalar. Giperonim umumiy tushunchaning nomini anglatadi, turlar esa umumiy muhim xususiyatlar bilan ajralib turadi. Shunchalar giponimlar, tur tushunchasining nomlari, juda ko'p sonli tarkibiy qismlarni o'z ichiga olishi mumkin. Bir kontseptsiyadan ikkinchisiga o'tishda maydonning har bir darajasida tarkibiy aloqalar va munosabatlar yangi mavjud bo'lganda o'rnatiladitematik guruhlarda namoyon bo'ladigan differentsial belgilar, leksiko semantic guruhlari, qatorlar giponimlari, koifonimlar, sinonimlar, antonimlar. Olimlarning fikriga ko'ra, bunday munosabatlar ierarxiyani ochib beradi va to'g'ri mantiqiyligini ta'kidlab, narsalarda umumiylikning tuzilishi, tizimlashtirish, tasniflash va buyurtma qilish jihatlari, ierarxik zanjirdagi munosabatlarning o'tuvchanligini ta'minlaydi. Giper-giponimik munosabatlarning harakati (turlarga xos, toifalarga xos) butun so'z boyligini qamrab oladi va olib boradi. Masalan, o'zbek tilida stomatologiya atamasi (sohasi fatida kasbiy faoliyat), bitta component bilan ifodalanadi ism, ikki yoki uch komponentli atamalar-giponimlarga nisbatan umumiy vazifasini bajaradi: terapevtik stomatologiya, ortopedik stomatologiya, bolalar stomatologiyasi, ortodontik stomatologiya, jarrohlik stomatologiyasi va yuz-yuz stomatologiyasi. Frazalar bilan ifodalangan giponimlar, "differentsial turlar xarakteri + umumiy" tamoyili asosida qurilgan ism, sifat + ot modeliga ko'ra. Xuddi shu munosabatlar ingliz tilida taqdim etilgan. Taqqoslang: stomatologiya (giperonim, bitta komponentli) – pediatriya stomatologiyasi, restorative stomatologiya, sud tibbiyot stomatologiyasi, kosmetologiya stomatologiyasi, veterinariya stomatologiyasi, ixtisoslashtirilgan tibbiyot (ikki yoki uch komponentli atamalar, giponimlar) bu rasmiy-semantik giponimiya bilan birlashtirilgan munosabatlar tibbiy atamalari "tomonidan tuzilgan kelishilgan va mos kelmaydigan giperonimlarga qo'shilish ta'riflar, ko'pincha sifatlar va nomlar bilan ifodalanadi. Shunday qilib, izchillik faqat namoyon bo'ladi mantiqiy-kontseptual korrelyatsiya, shuningdek, tegishli lingvistik darajada leksik va so'z yasaliish darajasida "degan ma'noni anglatadi". Umumiy

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

printsipga muvofiq terminologik maydonni qurishning murakkabligi ilmiy tushunchalarni ishlab chiqish va munosabatlarning o'zgarishi, tur tushunchalari maqomga o'tadi. Asosiy turlarini ko'rsatuvchi terminologik birliklar stomatologik asboblari: dental mirror / dentalmirror, apexlocator / apexlocator, burg'ulash / dentaldrill, dental dastgohlar / tishbuyumlari, ekskavator / ekskavator, tupurish / cuspidor, spatula / spatula, rasp / rasp, negatoskop / negatoskop, molga / burni sheror polisher va boshqalar ko'p a'zoli guruhni anglatadi kohiponimlar. Subordinatsiya munosabatlarining bir xil namoyon bo'lish modeli taqdim etilgan atamalarining keying darajasida kuzatilishi mumkin. Shunday qilib, joylashgan atamalarining o'zaro ta'siri jarayonida turli xil ierarxik darajalarda, barqaror aloqalar o'rnatiladi bir tushunchadan ikkinchisiga o'tish va amalga oshiriladi. Har qanday tibbiy tasnif-bugiper-giponimikaga kiruvchi ierarxik tuzilish ulkan terminologik maydonlarni tashkil etuvchi atamalar munosabatlaridir.

QANDSIZ DIABETNING KELIB CHIQISHI VA BU KASALLIKNI DAVOLASHDA TABIIY MAHSULOTLARNING QO'LLANILISHI

Qodirova Mashxura - Pediatriya fakulteti 202- guruh talabasi

Ilmiy rahbar: Mamazulunov Nurmuhammad - Biologik kimyo kafedrasi assistenti

Andijon davlat tibbiyot instituti

Qandsiz diabet endokrin sistema kasalligi bo'lib, gipofiz bezining orqa bo'lagidan ajraluvchi ADG gormon yetishmovchiligi yoki ushbu gormonga bo'lgan buyrak sezuvchanligining pasayishi bilan kechuvchi kasallik.

Bu kasallik XVII asrda aniqlangan, ammo qandli diabetdan farqlay olmaganliklari sababli, kasallik sifatida qaralmagan. Birinchi bo'lib ingliz olimi Tomas Uillis tomonidan 1674-yilda aniqlangan. U qandli diabet bilan kasallangan bemor peshobini tekshirib, qandli diabetdan farqli siydik tarkibida qand moddasi yo'qligini aniqlagan va qandsiz diabet deb atagan.

ADG gormoni organizimga 2 xil ta'sir ko'rsatadi:

1. Buyraklarning distal kanalchalarida suvni qayta so'rilishi ortadi.

2. Qon tomirlarga turli xil ta'sir ko'rsatadi. Qandsiz diabetda ADG gormoni qonga yetarli miqdorda ajralmasligi kuzatiladi.

Kasallanish ayollar va erkaklarda deyarli teng miqdorda, ba'zan bolalarda ham uchraydi. O'rtacha 18-25 yosh atrofida kuzatiladi hamda homiladorlik davrida ham uchrashi mumkin. Bunday holatda tug'ruqdan so'ng kasallik tugallanishi mumkin.

Qandli diabet qaysi bir tizim o'zgarishiga ko'ra 2 xil bo'ladi.

1. Markaziy (neyrogen, gipotalamogipofizar)

2. Buyrak (nefrogan)

Markaziy qandli diabet- gipotalamusda ADG sintezining kamayishi bo'lib 2 xil;

1. Idiopatik-nasliy ADG sintezi kam

2. Simptomatik- orttirilgan kasalliklar sababli (bosh miya jarohati, o'sma kasalliklari, meningoensefakit).

Buyrak bilan bog'liq qandli diabet- nefronlar distal kanalining ADG ga sezuvchanligining pasayishi, kasallikning bu turi juda kam uchraydi, tug'ma (asopress) Autosomal retsessiv gen orqali o'tuvchi Volfram sindromi sabab bo'ladi. Yoki nefronlarning dori preparatlari ta'siri, asopress o'zgarishlar ta'sirida kelib chiqadi. Iste'mol qilingan ovqat tarkibida hosil bo'lgan moddalar ingichka ichakda vorsinkalar devoridagi qon tomirlar orqali jigarga boradi, jigarda glikogenga aylanadi, glikogen arteriya orqali butun tanaga tarqaladi, agarda glikogendan hosil bo'lgan qand miqdori kam bo'lsa, gipotalamus simpatik nervni qo'zg'atadi u esa buyrak usti bezining mag'iz qismidan adrenalin gormonini ajratadi. Hamda Glikogen glyukozaga parchalanadi (gipoglikemiya). Qandli diabetning tipik belgilari- poliuriya (sutkalik peshob miqdorining ortib 4-10 l, 20-30 l gacha boradi).

Peshob rangsiz, kam miqdorda tuz saqlaydi, nisbiy zichligi past (1000-1003), doimiy chanqoq hissi (chidab bo'lmas chanqoq), yo'qotilgan suyuqlik hajmi ajralayotgan peshob hajmi bilan tenglashuvi, buyrak jomchalari, siydik kanali kengayishi, teri quruqlashuvi, so'lak va ter ajralishini kamayishi, keyinchalik ozib ketish, ko'ngil aynishi, boshda og'riq va A/B ning pasayishi. Ayollarda ikkilamchi belgilar rivojlanishining susayishi, bepustlik yoki homila tushishi kuzatiladi. Erkaklarda qarama-qarshi jinsga bo'lgan qiziqish va jinsiy quvvatning pasayishi kuzatiladi. Bolalarda kasallik belgilari kattalar singari bo'lib, endokrin rivojlanishdan orqada qolish kuzatiladi.

Asoratlari –suvsizlanishdan umumiy holsizlik, taxikardiya, qonning quyuqlashuvi, psixik o'zgarishlar va kollaps holatiga tushish.

Tashhis uchun sutkalik ajralayotgan peshob miqdori 3l asopr'p bo'lsa bu asosiy belgi hamda siydik tarkibi, zichligi tekshiriladi, ertalab nonushta qilmasdan qon topshiriladi (qand miqdorini teshirish uchun). Kasallik sababini aniqlash uchun rentgenografiya, psixonevrologik, oftalmologik tekshiruvlar o'tkaziladi. MRT yordamida bosh miyadagi o'zgarishlar hamda o'smalar aniqlanadi. Qandsiz diabetni davolashda dastlab kasallikka olib keluvchi sababni masalan o'sma davolanadi. Shunda bemor butkul tuzalib ketishi mumkin. Kasallikning har qanday ko'rinishida ADG gormoni o'rmini bosuvchi prepatlardan foydalaniladi. Bular: desmopressin (tomchi shaklida burunga yuborish uchun), minirin (tomchi shaklida burunga yuborish uchu), minirin tabletka ichish uchun yoki maydalab burunga yuborish uchun. Dorining buyirilish miqdori bemor yoshiga yoki vazniga bog'liq emas, balki vazopressinga bo'lgan ehtiyojiga ko'ra buyiriladi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Parxez –ovqat tarkibida tuz miqdori kuniga 5-6 gramm dan ortmasligi kerak, chanqamaslik uchun shirinlik miqdorini kamaytirish kerak, spirtli ichimliklar iste'mol qilish mumkin emas. Quritilgan mevalar iste'mol qilish kerak, chunki tarkibida kaliy ko'p bo'lib u endogen asopressin ishlab chiqarishni ko'paytiradi. Sabzavot, mevalar, sharbatlar, baliq, dengiz mahsulotlari juda foydali. Buyraklarga yuk tushmasligi uchun tarkibida oqsil ko'p bo'lgan mahsulotlardan foydalanmaslik kerak.

Qandsiz diabet xalq tabobatida turli yo'llar bilan davolanadi bular:

- 1 choy qoshiq zubturm urug'i ustiga 1 stakan qaynoq suv quyib, 5 daqiqa qaynatiladi, so'ng suzib olinib, 1 osh qoshiqdan kuniga 3 mahal ovqatdan oldin ichiladi. Muolaja 1 oy davom etadi, so'ng 10 kun tanaffus qilinib, yana 1 oy davom etadi.
- 5 dona yosh yong'oq barlari ustiga 200 gr qaynoq suv quyib damlanadi, sovigach choy o'rniga ichiladi. Muolaja 20-25 kun davom etadi.
- 20 gr marjon daraxt (buzina) gullarini olib, ustidan 1 stakan qaynoq suv quyib, 1 soatcha tindiriladi. So'ng suzib olib, tabga ko'ra asal qo'shiladi. Kuniga 3 marta 1 stakandan qabul qilinadi.
- 60 gr maydalangan qariqiz (lopux) ildizini olib, termosga solib ustidan 1 stakan qaynoq suv quyib damlanadi. Hamda 1 kecha tindiriladi. Ertalab suzib olib 2 stakandan kuniga 3 marta qabul qilinadi
- Anjir mevasidan kuniga nahorda 2 tadan iste'mol qilish yoki anjir qiyomidan 1 osh qoshiqdan nahorda iste'mol qilish chanqoqni qoldirib, miya faoliyatini yaxshilaydi.
- Anor mevasi va anor sharbati chanqoqni qoldirib, miya faoliyatini yaxshilaydi hamda immun tizimini kuchaytiradi.

TIBBIYOT OLIY O'QUV YURTI TALABALARI MUSTAQIL ISHLARINI BAJARISHIDA AXBOROT TEXNOLOGIYALARINING O'RNI

Latipov F.F. – tibbiy-pedagogika fakulteti 5-bosqih talabasi

Ilmiy rahbar: M.B.Xaydarov - Anesteziologiya va reanimatologiya kafedrası assistenti

Toshkent Pediatriya Tibbiyot instituti

Mavzuning dolzabligi. Bugungi kunda axborot texnologiyalari hozirgi rivojlanib borayotgan davrning asosiy harakatlantiruvchi kuchi bo'lib, ta'lim olish, shu jumladan oily ta'lim, kasbiy faoliyat, bo'sh vaqt va boshqalar kabi inson faoliyati sohalariga ta'sir ko'rsatmoqda. Jahon hamjamiyati rivojlanishning axborot bosqichiga kiradi. Ushbu bosqichda oily ta'lim o'qituvchilari va talabalar o'rtasida texnologik hamkorlikni ta'minlaydigan turli xil axborot ma'lumotlaridan foydalanish zarurdir. Oliy ta'lim muassasalarini axborotlashtirish bilan bog'liq holda, eng yangi ta'lim muhiti jadal shakllanmoqda, bu esa olingan nazariy materiallarni o'zlashtirish sifatini sezilarli darajada oshirish, bazaviy tayyorgarlikni turli darajalariga ega bo'lgan talabalarlarga tabaqalashtirilgan yondashuvni amalga oshirish, shuningdek, talabalar o'zlashtirishini bir varakayiga tashkil etish imkonini beradi.

Mavzuning maqsadi. Tibbiyot oily o'quv yurti talabalari mustaqil ishlarini bajarishida axborot texnologiyalarining o'rni

Materiallar va tadqiqot usullari. Toshkent pediatriya tibbiyot instituti pediatriya va davolash fakulteti 3-kurs talabalarini Moodle tizimi-virtual o'quv muhiti va axborot texnologiyalaridan foydalanmasdan an'anaviy ta'lim usullaridan foydalangan holda anesteziologiya va reanimatologiya fanidan o'z mustaqil ish faoliyati tahlil qilindi.

Tadqiqot natijalari. Anesteziologiya va reanimatologiyani o'qitishda innovatsion yondashuv mustaqil ishga ajratilgan auditoriyadan tashqari davrda axborot texnologiyalaridan foydalanish hisoblanadi. Bu bilim olish jarayonlarini birlashtirishga, o'tgan mavzu materiallarini mustahkamlashga, shuningdek, talabalar mustaqil ish faoliyatini nazorat qilishga olib keladi. O'rganilayotgan fan bo'yicha barcha o'quv materiallari Moodle tizimida bo'limlar bo'yicha tuzilgan va tematik rejaga mos keladi. Taqdim etilgan vazifalar talabalar dasturi tomonidan belgilangan muayyan vaqt oralig'ida internet tarmog'idan foydalangan holda mustaqil ravishda bajaradilar. MOODLE tizimidagi ma'lumotlar kafedra professor-o'qituvchilari tomonidan talabalar mustaqil ish faoliyatini monitoring qilish asosida yo'lga qo'yilgan. Biz o'z-o'zini ish bilan ta'minlash uchun virtual o'quv muhitidan foydalanadigan talabalar mustaqil ish faoliyatini tahlil qildik. Bolalar organizmi anesteziolog va reanimatolog nuqtayi nazaridan anatomik-fiziologik xususiyatlarini o'z ichiga olgan 6 semestr yakuni bo'yicha bilim darajasini MOODLE tizimida topshirishda ya'ni, 0.9 ballga (10 balllik baholash tizimi bo'yicha) mustaqil ish jarayonida axborot texnologiyalaridan foydalanmayotgan talabalar darajasidan yuqori bo'ldi.

Xulosa. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari mustaqil ishini bajarishda axborot texnologiyalaridan foydalanish jarayonida klinik fikrlashni rivojlanishi, tashabbuskorlik, vaziyatli o'quv muammolarni hal qilishda ijodiy yondashish, axborotlarni yaxshiroq eslab qolishga hissa qo'shadi va umuman talabalar o'zlashtirish faoliyatini oshiradi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

2020- YIL UCHUN ELIBRARY.RU MA'LUMOTLAR BAZASIDA FARMAKOEKONOMIK, KLINIK VA IQTISODIY TADQIQOTLARDA XIRURGIK KASSALIKLAR YO'NALISHI TAHLILI

*Mavlyanova N. T., Shaabidova K.Sh., Normatova K.Yu.
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti*

Mavzuning dolzarbligi: bugungi kungacha Respublikamizda Hukumatimiz tomonidan dori vositalar muomalasiga bevosita va bilvosita bog'liq bo'lgan 22 ta qonun qabul qilindi. Ushbu qonunlarning ijrosini ta'minlash bilan bog'liq bo'lgan 17 ta Prezident Farmonlari, 25 ta Vazirlar Mahkamasi qarorlari va boshqa qonunosti hujjatlar qabul qilindi. Ular jumlasiga O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 20 apreldagi «O'zbekiston Respublikasi farmatsevtika sanoatini jadal rivojlantirish uchunqulay shart-sharoitlar yaratish chora-tadbirlari to'g'risida» gi PQ-2911-sonli qarori, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 17 iyuldagi «Aholini dori vositalari va tibbiyot buyumlari bilan ta'minlash tizimini takomillashtirish bo'yicha qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida» PQ-3137-sonli qarori, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 7 noyabrda PF-5229-sonli farmoni, 2018 yil 23 yanvardagi PQ-3489-sonli qaror, 2018 yil 15 fevraldagi PQ-3532-sonli qarorlarini kiritish mumkin. Farmakoeconomik va klinik va iqtisodiy tadqiqotlar sog'liqni saqlashsoxasida olib borilayotgan islohotlar davrida muhim ahamiyatga ega. Sog'liqni saqlash soxasida turli, kelib chiqish sabablari ko'p bo'lgan kasalliklarni davolash, oldini olish, diagnostika va profilaktikasidadoimo innovatsion texnologiyalar joriy etish yo'li hozirgi zamon talabi bo'lib bormoqda. Aynan ikki yo'nalish, farmakologiya va iqtisodiyotning uzluksiz bir biriga bog'liqlik taraflari ortib, yangi yo'nalishlar ochilishi, bor bo'lgan o'zaro izlanishlarni taxlil qilish va o'rganish muxim ahamiyatga ega. Bunga yaqqol misol farmakoeconomik, klinik-ekonomik izlanishlar bo'lishi mumkin.

Tadqiqot maqsadi: asosiy maqsad sog'liqni saqlashni isloh qilish davrida farmakoiqtisodiyotning fan sifatida rivojlanish darajasini baholash. Shu jumladan topilgan manbalardan xirurgik kassaliklar bo'yicha tabqiqotlarning tahlilini amalga oshirish dolzarb mavzulardan biri deb topildi.

Tadqiqot materiallari va usullari: «eLIBRARY.RU» ma'lumotlar bazasida 2020-yil uchun nashr etilgan barcha ishlar tadqiqotni tahlil qilish. Aynan xirurgik kassaliklar davolash, oldini olish, profilaktikasi va diagnostikasiga bag'ishlangan kitob, respublika ilmiy-amaliy konferentsiyasi materiallar to'plami tezis va maqolalar tahlili amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari: «eLIBRARY.RU» ilmiy elektron kutubxonasi platformasida tanlangan kalit so'zlar bo'yicha nashrlarni 2020 yil davomida qidirish natijasida 332 ta tadqiqot topildi va tahlil qilindi. To'liq matni nashr etilgan ishlarning 40 foizida mavjud deb topilgan. Ilmiy materiallarning katta qismi jurnallarning maqolalari - 85,4%, konferentsiyalarning tezislari - 12,3%, kitoblarga tegishli bo'lgan ulushi - 2,4%. Shu jumladan aynan xirurgik kassaliklar mazmuni ajratilgan tadqiqotlar 2,7% tashkil etdi.

Asosiy kalit so'zlar «farmako-ekonom», «klinik-ekonom» dib olindi. Tanlangan kalit so'zlar bo'yicha topilgan monografiyalar, avtoreferatlar, o'quv-uslubiy qo'llanmalar bulardan mustasno. Monografiyalar bo'yicha to'xtalib o'tsak, shu ma'lum bo'ldiki, monografiya- bu ilmiy maqola bilan bir qatorda mavjud bo'lgan bir xil darajada muhim ilmiy nashr turi. RINC o'z tarixining boshida monografiyalarga va monografiyalarga havolalarni hisobga olmagan. Hozirgi vaqtda (2020 yil) monografiya va monografiyalarga havolalar hisobga olinadi. Shundan kelib chiqqan holda aynan 2020 yilgacha bo'lgan jarayonda monografiyalarni tahlil qilish juda noinformativ bo'lishi tahlilimizga qo'shmaganimiz sabablaridan biri bo'ldi.

Davolashga nisbatan ko'proq tizimli yondashuv, shaxsiylashtirilgan farmakoterapiya, ya'ni personallashtirilgan davolanishga klinik va iqtisodiy yondashuvlar va har bir mintaqada alohida-alohida ratsional foydalanish bo'yicha ko'plab boshqa maqolalar, shu jumladan nashr etilgan va qo'shimchalar bilan qayta ko'rib chiqilgani va bu nashrlar sonini ko'payganini ko'rishimiz mumkin.

Xulosa: Albatta, nafaqat klinik, iqtisodiy va farmakoeconomik tahlillar, balki umuman boshqa nozologiyalar bilan bog'liq tadqiqotlar soni yildan-yilga ko'payib bormoqda, bu esa sifat jihatidan ham, miqdor jihatidan ham keng miqyosda tadqiqot tahlillarini olib borilishini taminlaydi. Yuqumli, yurak-qon tomir va onkologik kasalliklar yetakchi yo'nalishlardan biri bo'lib, ko'proq maqolalar aynan shu sohalarida chop etilmoqda. Aynan maqolalar soni, kitob va respublika ilmiy-amaliy konferentsiyasi materiallar to'plamiga nisbatdan ko'proqligi aniqlandi.

FERMENTLARNING TIBBIYOTDA VA AMALIYOTDA QO'LLANILISHI

*Maxsudjonova Sevara - Pediatriya fakulteti 202- guruh talabasi
Ilmiy rahbar: Mamazulunov Nurmuhammad -Biologik kimyo kafedrasini assistenti
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Enzimologiya jadal rivojlanishi juda ko'p reaksiyalarni katta tezlik bilan o'tishini ta'minlaydigan bu kuchli omilni amalda tobora keng qo'llanilishiga olib kelmoqda. Fermentlar sanoatdagi biologik xom ashyoni ishlashda, (non yopish, vino, pivo pishirish, pishloq tayyorlashda, choy, tamaki, teri va mo'ynani ishlov berishda, kulinariyada) qo'llaniladi. Keyingi yillarda kimyo - texnologiyada organik moddalarni o'zgartirish (oksidlanish, qaytarilish, degidratatsiya, kondensatsiya, dekarboksillanish), reaksiyalarini boshqarish uchun ham qo'llanila

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

boshlandi. Sanoatda fermentlarni ishlatish tez rivojlanayotgan biotexnologiyaning markaziy qismi bo'lib, unga sanoat enzimologiyasi deb ataladi.

Tibbiyotda fermentlar uch yo'nalishda tadqiq qilinadi va qo'llaniladi. Birinchisi bir qator kasalliklar, ayrim fermentlarning nasli yetishmasligidan kelib chiqishi ma'lum bo'lgan. Masalan, qonda sut shakari laktozadan hosil bo'lgan galaktoza miqdorining ortiqcha bo'lishi bilan xarak- terlanadigan galaktozemiya - bu monosaharidning o'zlashtirilishini katalizlaydigan b-galaktozidaza fermentining yetishmasligidan kelib chiqadi; ferment faoliyatning buzilishi bilan kuzatiladigan fenilketonuriya esa fenilalanin aminokislotasini oksidlab tirozinga o'tkazuvchi ferment tirozinaza faolligining kamligiga bog'liq va boshqalar.

Fermentlarning tibbiyotda qo'llanilishi:

1. Insonlarning ba'zi kasalliklari ularni to'qimalarida bitta yoki bir qancha fermentlarning nasli yetishmasligi yoki kamchiligi bilan bog'liq bo'ladi. Masalan galaktozani glyukozaga aylantirib beradigan fermentning bolalarda yetishmasligi galaktozemiya sabab bo'ladi, bunda bola ortiqcha galaktoza bilan zaharlanadi va hayotining birinchi oylarida halok bo'ladi.

Ba'zan patologik o'zgarishlar biror bir fermentning ortib ketishi natijasida ham vujudga kelishi mumkin. Fermentopatiya deb ataladigan shu kabi misollarni ko'plab keltirish mumkin.

2. Tibbiyotda tashxis uchun ahamiyatga ega - qon, siydik, to'qima preparatlarida fermentlar miqdorini aniqlash orqali kasallik tashxisini qo'yish va uni klinik manzarasini kuzatib borish mumkin masalan: LDG va aminotransferazalar izofermentlarining qondagi miqdorini belgilash orqali yurak va jigar kasalliklarini bir-biridan ajratish va kasallikning kechishini kuzatish mumkin – yshbu jarayonga fermentodiagnostika deyiladi. Ishqoriy fosfatazaning ma'lum formasi suyak to'qimasi uchun organospesifikdir va raxit bilan kasallangan bolalarda uning faolligi klinik davrgacha ortadi.

O'tkir hepatitlar qonda ALT-alaninaminotransferaza, LDG₄, LDG₅ izoformalari, miokard infarktda - LDG₁, LDG₂ izofermentlari va kreatinkinaza faolligining keskin oshishidan kelib chiqadi.

3. Fermentlar bilan davolash fermentoterapiya deyiladi. Masalan, proteolitik fermentlar (tripsin, xemotripsin) xirurgiyada yiringli yaralarni tozalashda ishlatiladi. Ushbu fermentlar asosida tanani qoplab turuvchi teri termik yoki turli (kimyoviy) yo'l bilan kuyishlarida ularning bitib ketishini tezlatish uchun sirtidan qo'llaniladi. Tripsin yalig'lanishga qarshi quyidagi holatlarda – gaymoritlarda, osteomielitlar, tromboflebitlarda mushak orasiga yuborish orqali davo qilinadi.

Hozirgi kunda burun halqum kasalliklarida, ko'z konyuktivalarining yallig'lanishida lizosim keng doirada davolash maqsadida qo'llanilmoqda.

Ma'lumki, farmatsiyada keng qo'llanilib kelayotgan, tarkibida pepsin, lipaza, amilaza fermentlaridan iborat bo'lgan –festal, pital, mezim forte, enzim forte va shu kabi pankreatinlar oziq ovqat mahsulotlarini hazm qilish yo'lida tegishli bo'limlarining sekretor funksiyasi faolligi kamayganda yoki yetishmovchiligida bir necha yillardan beri buyurib kelinadi.

Nikotin kislotasi organizmda sil basillalarining rivojlanishi uchun zarur bo'lsa, uning analogi izonikotinat kislotasi gidrazidi ftivazid silni davolash uchun foydalaniladi. Fermentlarni o'rganish uchun ularni amaliyotda qo'llanishini ilmiy asosda o'rganish muhimdir.

Mikro va ultra-mikro usullar fermentlarning faolligini aniqlash, tashxis amaliyotida qo'llanilishi bilan birga ushbu usullar bilan, o'ndan ortiq fermentlar faolligi bir tomchi qonda aniqlashga erishilmoqda.

VARIKOZ HASTALIGI VA HOMILADORLIK

Mamadaliyeva M.-Oliy hamshiralik ishi yo'nalishi 3 kurs talabasi

Ilmiy rahbar: kafedra kata o'qituvchisi Ikramova F.D.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning dolzarbligi. Homiladorlik davrida vena tomirlarining varikoz kengayishi – bu ko'plab ayollar homilani ko'tarish jarayonida duch keladigan juda keng tarqalgan muammo hisoblanadi. Kasallikning o'zi qon tomirlarining kengayishi bilan tavsiflanadi: qon massasining ko'payishi ta'sirida kanallar bardosh bera olmaydi va cho'zila boshlaydi. Bundan tashqari, bunday muammo noto'g'ri turmush tarzi fonida paydo bo'lishi mumkin. Homiladorlik davrida varikoz hastaligi (VH) 40-95% ni tashkil qiladi [1, 2]. O'zbekistonda VH bilan kasallanish darajasi juda yuqori. Masalan, qishloq joylarda skrining tekshiruvi paytida aholining 48,5 foizida ushbu hastalik uchraydi.

Mavzuning maqsadi. Homiladorlikning varikoz hastaligi kelib chiqishi va rivojlanishiga ta'sirini o'rganish.

Materiallar va tadqiqotlar usullari. 2015-2020 -yillarda ADTI klinikasi qon tomir jarrohligi bo'limida davolangan oyoq teri osti venalari varikoz kengayishi (VH) kuzatilgan 58 (100%) ayol o'rtasida so'rov o'tkazildi. Ular 20 yoshdan 70 yoshgacha (o'rtacha 47,8 yosh). Kasallikning davomiyligi 3 yildan 35 yilgacha bo'lgan. Barcha bemorlar homiladorlik paytida yoki tug'ruqdan keyin kasallikning rivojlanishida, shuningdek, hastalik kelib chiqishida ko'pchilikda, homiladorlikdan tashqari, ushbu kasallik uchun boshqa omillar kata rol o'ynagan: xususan, irsiyat, gormonal o'zgarishlar, jismoniy mehnat sabab bo'lgan. So'rovnoma anamnez, obyektiv ma'lumotlar va qo'shimcha tekshiruv (dupleks skanerlash) usullarini hisobga olgan holda maxsus ishlab chiqilgan anketalar bo'yicha o'tkazildi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Tadqiqot natijalari. Oyoq teri osti venalari varikoz kengayishi bilan og'rigan bemorlarning kasallik tarixi tahlil qilinganda, homiladorlik paytida kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar sifatida irsiyat 28 bemorda (48,7%), gormonal o'zgarishlar 18 bemorda (30,3%); jismoniy mehnat (statikyuklar) 4 bemorda (7,9%) homiladorlikda, yuqorida ko'rsatilgan va rikoz tomirlari kengayishi omillarini keltirib chiqarmagan holda, 8 bemorda (13,1%) kuzatildi.

VHning oldini olish 33 bemorda amalga oshirildi (56,6%): uzoq vaqt tik turish va o'tirishni cheklash, siquvchi belbog'larni taqmaslik, ortiqcha suyuqlik iste'mol qilishni cheklash, keng kiyim, ichki kiyim va compression trikotaj kiyimlar, past poshnali poyabzal kiyish, parhezga rioya qilish, og'ir yuk ko'tarmaslik buyurildi. Shuningdek homiladorlikni 24-26 haftasidan boshlab maxsus qorin bandaji buyurildi. Variko'z hastaligi irsiy moyillik va go'rmonal o'zgarishlari bo'lgan birlamchi homilador ayollar 35 (60,5%) tasida paydo bo'ldi. 14 (23,7%) ayollarda operatsiyadan 8-30 yil keyin kasalik qaytalandi. Kasallikning oldini olish muolajalari olib borilgan bemorlarda ijobiy, natijalarga erishildi va variko'z hastaligi qaytalanmadi.

Oldin turli xil gormonal kasalliklarga duch kelgan 35 bemorda (60,5%) rivojlangan. JBning qaytalanishi operatsiyadan keyingi 8-35 yil oralig'ida 14 (23,7%) da qayd etilgan. JB profilaktikasini olib borgan barcha bemorlarda jarrohlik davolash yaxshi natija berdi va JB qaytalanishi kuzatilmadi.

Xulosa: irsiy moyillik, gormonal o'zgarishlar mavjud bo'lgan homilador ayollarda homiladorlikning ikkinchi va uchinchi oyidan boshlab vena qon tomirlari kengayishini oldini olish kerak.

Flebektomiya tashrihidan keyin varikoz kasalligini qaytalanishini hisobga olgan holda har bir homiladorlik vaqtida kasallikni profilaktikasini olib boorish zarur.

KARDIOVASKULAR KASALLIKLARNING SIMFATIK-ADRENAL TIZIMINING FUNKTSIONAL BUZILISHLARINING XUSUSIYATLARI

Miryusupova M.B. - pediatriya fakulteti talabalarining 211 guruhi
Ilmiy maslahatchi: Tashmatova G.A., assistant, Ichki kasalliklar profilaktikasi kafedresi
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbligi. Yoshga bog'liq turli xil patologiyalardan aziyat chekkan yuzinchi yoshda yurak-qon tomir kasalliklari (chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish) uchun yagona xavf omillari topilmadi yoki boshqa yosh guruhlariga qaraganda kechroq boshqa omillar qo'shildi (arterial gipertenziya, chap qorincha gipertrofiyasi, anemiya sindromi), giperfibrinogenemiya), bu hayotning prognozini yomonlashtiradi. Ushbu yosh guruhidagi bemorlarga polimorbidlik, kasallikning keyinchalik asoratlari kamroq bo'lganligi va boshqa metabolik xususiyatlar boshqa yosh guruhlaridagi bemorlardan ajralib turishi bilan ajralib turadi.

Taqdim etilgan tahlil natijalari uzoq umr ko'rishni fiziologik qarishni o'rganish uchun mumkin bo'lgan model sifatida ko'rib chiqishga imkon beradi.

Tadqiqotning maqsadi. Simpatetik-buyrak usti va yurak-qon tomir tizimlarining funksional faolligini asrga to'g'ri keladigan davrda saqlashning ilmiy asoslangan dasturini ishlab chiqishdir.

Tadqiqot materiallari va usullari. Jami 167 yoshga to'lganlar tekshirildi. Ulardan 128 nafari ambulatoriya sharoitida, 39 nafari shifoxona sharoitida tekshirildi.

Tadqiqotning asosiy guruhi pasport yoshi 100 yoshga teng yoki undan oshgan shaxslardan iborat edi, taqqoslash guruhi 90 yoshdan 99 yoshgacha, shu jumladan.

Tadqiqot natijalari. Yuz yoshga to'lgan O'zbekiston aholisi orasida yurak xastaligi omillarining tarqalishi aniqlandi, ularning aksariyati hech qachon chekmaganlar, yuz foiz 53 yoshli odamlar spirtli ichimliklar iste'mol qilmaganlar, 40% vaqti-vaqti bilan, 6,7% oyiga 2 martagacha foydalanganlar.

Barcha yuz yoshlilar jismoniy va hissiy faolliklarga ega edilar. So'rov o'tkazilgan yuzinchi yoshdagi holatlarning yarmidan ko'pida oilada uzoq umr ko'rish ko'rsatkichlari bo'lmagan. Yuzlab yoshlilarning 44% onaning uzoq umr ko'rishini va 1,4% - otaning uzoq umr ko'rishini ko'rsatdilar.

So'ralgan yuz yoshlilarda erkaklarda miokardning elektrofiziologik holatidagi jinsi farqlari aniqlangan, A-V ulanishi bo'yicha qo'zg'alish ishonchli darajada sustroq, qorinchalar va yurak urish tezligi pastroq.

Yurak-qon tomir tizimining funksional zaxirasini saqlab qolish, umr ko'rish davomiyligini oshirish, uning sifati va aholining ish qobiliyatini yaxshilashga qaratilgan chora-tadbirlarning ilmiy asoslangan tabaqalashtirish dasturi ishlab chiqildi, aholining uzoq umr ko'rishlarini tabaqalashtirish va hayotni yaxshilash uchun algoritm yaratildi. Yuz yilliklarning hayot sifati va ijtimoiy mikrokollektiv

Chiqish. Shunday qilib, gipertenziya diagnostikasini tekshirish ushbu sindromning mezonlari muammosiga kamaytirilishi mumkin. MS-ning mustaqil nozologik shakl sifatida qabul qilingan gipotezasiga asoslanib, bemorda sindromli kasalliklarning har qanday belgilari (gipertoniya, koronar arteriya kasalligi va / yoki 2-toifa diabet) belgilari bo'lgan barcha holatlarda ushbu kasallikni aniqlash kerak. Aniq yoki yashirin shakl.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

BOLALARDAGI G'ILAYLIKNI DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI

Mirzamaxmudov Sh.I. - Oftalmologiya magistri 3 daraja.

*Ilmiy maslahatchi: Ikromov A.F. - tibbiyot fanlari doktori, professor, oftalmologiya kafedrasini mudiri.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbliigi. Birgalikda kasalliklarning kelib chiqishi tug'ma va orttirilgan bo'lishi mumkin, shuningdek ametropiya va bir ko'zning ko'rish keskinligining pasayishi bilan kechadigan markaziy asab tizimi kasalliklarida. Ushbu omillar natijasida ko'rish analizatorining harakatlanuvchi qismi buzilib, binokulyar ko'rishni susaytiradi. Hozirgi kunda ham bir qator an'anaviy davolash usullari qo'shma kasalliklar va tug'ma komorbidialar uchun samarasiz bo'lib qolmoqda. So'nggi yillarda oftalmologlar kasallik etiologiyasining tug'ma nuqsonlarini davolashning samarali usullarini ishlab chiqish muammosiga duch kelishdi.

Tadqiqot maqsadi. Shu bilan birga, demensiya ko'rlik, ko'rish va ko'rish qobiliyatining buzilishi sabablari orasida birinchi o'rinlardan birini egallaydi, bolalardagi kasallik 2-3% ni tashkil qiladi. Gilay monokulyar va durbinli ko'rishning buzilishi bilan birga keladi.

Tadqiqot maqsadi. Shu bilan birga, demensiya ko'rlik, ko'rish va ko'rish qobiliyatining buzilishi sabablari orasida birinchi o'rinlardan birini egallaydi, bolalardagi kasallik 2-3% ni tashkil qiladi. Gilay monokulyar va durbinli ko'rishning buzilishi bilan birga keladi.

Tadqiqot natijalari. Birgalikda kasalliklarga chalingan bolalarning ikkita tadqiqot guruhi tahlil qilindi: birinchi guruhga mikrojarrohlik muolajasi (37 bemor, 74 ko'z), ikkinchi guruh bemorlariga esa bolalarga jarrohlik aralashuviz konservativ usullar bilan davolash qilindi. (11 bemor, 22 ko'z)). 1-guruhda 29,10% tug'ma nuqsonlarga, 47,90% esa malformatsiyaga ega. Ko'rinib turibdiki, sotib olingan gillarning soni tug'ma bo'lganlarga qaraganda 1,5 baravar ko'p. 2-tadqiqot guruhidagi bemorlarning soni tekshirilganlarning umumiy sonining 23,00% ni tashkil etdi. O'g'il va qiz bolalarga bo'lingan kasal bolalarni jarrohlik davolashda tashqi rektus mushaklarini olib tashlash va rektus mushaklarining ichki turg'unligini (qo'shma usul) olib tashlash bo'yicha operatsiya qilingan bemorlarning umumiy soni 9 kishini tashkil etdi, shulardan 5 nafari 3 yoshdagi qizlar 7 yoshgacha. tashxis qo'yilgandan 2-3 yil o'tgach amalga oshirildi. 19 kishi rektus mushaklarini tashqi rezektsiya qilishdi, ulardan 11 nafari qizlar edi. Ko'z ichi mushaklari turg'unligi bo'yicha jarrohlik amaliyoti 15 bolada o'tkazildi, qizlar soni esa 6 yoshdagi o'g'il bolalardan ikki baravar ko'p edi. Birinchi guruhdagi barcha bemorlarda birlashgan kasalliklarga chalingan bolalarda mikroxirurgiya usullarini tarqatish natijalariga ko'ra, bizning ishimizda 15 o'g'il va 22 qiz bor edi. Ushbu ko'rsatkichlarga asoslanib, qizlarda kasallik 1,5 baravar ko'p bo'lib, jarrohlik davolash 3-7 yoshda amalga oshiriladi.

Xulosa. Tug'ma va qo'shma patologiyaga ega bemorlar klinik va oftalmologik uskunalar asosida tanlangan guruhlarda ko'rish qobiliyati buzilishi va ko'rish nuqsonlari asosida tekshiriladi, bu esa davolash muolajalarini tanlash uchun asos bo'ladi. Koronar va qo'shma kasalliklarga chalingan bemorlarning ayrim guruhlarida mikrosurgik va konservativ davolash usullarining samaradorligi, vizual funksiyalarni tahlil qilishda mikrosurgik usullarning umumiy afzalligi va ularning davolanishdan keyingi dinamikasi qayd etilgan.

O'ZBEK TILIDA HARBIYLAR NUTQINING PSIXOLINGVISTIK ASOSLARI

*Numanov Sherzodbek Komiljanovich
Chet tillari kafedrasini o'qituvchisi
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Yangi O'zbekistonda yosh avlodning jismoniy va ma'naviy sog'lom, Ona-Vatanga fidoyi va jonkuyar insonlar bo'lib ulg'ayishi, shonli tariximizdan ibrat olib, undan faxrlanib yashashi uchun barcha kuch va imkoniyatimizni to'liq safarbar etamiz.

**Shavkat Mirziyoyev
O'zbekiston Respublikasi Prezidenti,
Qurolli Kuchlar Oliy Bosh Qo'mondoni**

Ma'lumki, qadimgi ajdodlarimizning nutqi va nutq faoliyati hozirgi zamon kishilarida qanday funksiyani bajarayotgan bo'lsa, o'sha davrda ham xuddi shunday vazifani ijro etgan. U davrlarda axborotlar, ma'lumotlar ko'lami tor bo'lganligi tufayli insonlar noverbal nutqdan ko'p davrlar muvaffaqiyatli foydalanib kelganlar. Ushbu tadqiqotlar ta'lim va kasbiy sohada harbiy xizmatchilarning nutqa aloqalarini optimallashtirish nuqtai nazaridan og'zaki janrning kommunikativ va pragmatic tavsifiga bag'ishlangan. Aloqa – til va nutq hamda matnlarda amalga oshiriladi. Og'zaki muloqotning har bir sohasi ushbu asarda nutq janrlari deb nomlangan, tipiklashtirilgan, standartlashtirilgan va tuzilgan matn namunalarining ma'lum bir to'plami bilan tavsiflanadi. Nutq janrlari deganda, harbiy ta'lim va sohasida ishlaydigan nutq-til vosita aloqalarining mustaqil shakllarini tushunamiz. Nutq janrlari bir-biridan birinchi navbatda nutqdan amaliy foydalanish bilan farqlanadi. Ushbu vazifalarni til birliklarini tipologizatsiyasi (unifikatsiyasi), harbiy o'quv sohada faoliyat ko'rsatadigan tipik modellarni tanlash asosida hal

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

qilish mumkin, bu ularni kuzatish va o'rganish uchun qulay va shu bilan tilni o'qitish jarayonini optimallashtiradi. So'nggi paytlarda tadqiqotning sintez qilingan jihatlaridan biri nutq janrlarini o'rganish tendentsiyasi kuzatilmog'da.

Harbiylar nutqining psixolingvistik asoslari bir necha sabablarga ko'ra bizning e'tiborimizni tortdi: birinchidan, harbiylarning kasbiy va ijtimoiy guruhlarning jamiyatdagi huquqiy maqomi va o'ziga xos ijtimoiy va kundalik jihatidan o'ziga xos xususiyatlarga ega (erkak aholining aksariyat qismi harbiy xizmatda bo'ladi yoki shu soxa vakillari bilan o'ziga xos xususiyatlariga nutq orqali duch keladi); ikkinchidan, psixologik, ijtimoiy va lingvistik jihatdan tayyor bo'lmagan shaxs, harbiy sohada, muloqot qilishda katta qiyinchiliklarga duch kelishi mumkin, bu esa ushbu ijtimoiy guruhning xususiyatlariga moslashish yo'li bilan hal qilinishi kerak; uchinchidan, ixtiyoriy (kursant) yoki majburan ("chaqiriluvchi"), shaxslar hayotining barcha jabhalarini qat'iy tartibga soluvchi ijtimoiy tashkilotda lisoniy shaxsni shakllantirish maktabidan o'tadi. O'z hayotini harbiy xizmat bilan bog'lashga ixtiyoriy ravishda qaror qilgan shuningdek kasbiy muvaffaqiyatga erishish uchun sohada o'rnatilgan me'yor va qoidalarga rioya qilishga majbur bo'lgan xizmatchi nutqining psixolingvistik shaxsini shakllantirish jarayoni e'tiborimizni jalb qildi.

Harbiy o'quv va kasb-hunar sohasi kelajakdagi mutaxassislarni harbiy xizmatchilar faoliyatining barcha sohalarida tayyorlashni o'z ichiga oladi, shuning uchun bu soha boshqa barcha sohalar bilan kesishadi. Harbiy soxani egallash nafaqat ma'lum bir fanlarni o'rganish, ma'lum bilim, ko'nikma va malakalarni egallashni, balki birlashish qoidalari, buyruq bilan va ikkilanmasdan harakatlar inson hayotining barcha sohalariga taalluqli bo'lgan dunyoga o'rganishni o'z ichiga oladi.

Bo'lajak harbiy mutaxassis bilan muloqot faqat o'quv va kasbiy sohada cheklanib qolmaydi, chunki rioyaqilinishi va hisobga olinishi kerak bo'lgan o'z qoidalari va qonunlariga ega bo'lgan yangi lisoniy shaxs shakllanadi.

MIOKARD INFARK RIVOJLANISHIDA O'PKANING PATOLOGIYALARIGA BOG'LIQLIGI

Olimjonov B - tibbiyot fakulteti 1-bosqich talabasi

Ilmiy maslahatchi: Artikova S.G., t.f.n., dotsent - Ichki kasalliklar proedevtikasi kafedrası

Andijon davlat tibbiyot instituti

Muammoning dolzarbligi. So'nggi o'n yilliklarda ichki kasalliklar klinikasida komorbidlik masalalari amaliy sog'liqni saqlashning jiddiy muammosi hisoblanadi. Ichki kasalliklar klinikasidagi qo'shma holatlar tadqiqotchilar tomonidan katta qiziqish uyg'otmog'da, bu kasallikning o'zaro og'irligi tarqalishi, kasallikning klinik ko'rinishini boshqasi ta'sirida o'zgarishi va prognozning yomonlashuvi.

Muammoning dolzarbligi. So'nggi o'n yilliklarda ichki kasalliklar klinikasida komorbidlik masalalari amaliy sog'liqni saqlashning jiddiy muammosi hisoblanadi. Ichki kasalliklar klinikasidagi qo'shma kasallik holatlari tadqiqotchilar tomonidan katta qiziqish uyg'otmog'da, bu kasallikning o'zaro og'irligi tarqalishi, kasallikning klinik ko'rinishini boshqasi ta'sirida o'zgarishi va prognozning yomonlashuvi.

Ushbu belgilarning biri bu homosistein. Gomosistein - giperhomosisteinemiya kontsentratsiyasining oshishi ateroskleroz, yurak tomirlari kasalligi, o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi va boshqalar rivojlanishi va rivojlanishining patogenezida etakchi ahamiyatga ega ekanligi aniqlandi. Yuqorida aytilganlarning barchasi bilan bog'liq holda, kardiopulmoner komorbiditda giperhomosisteinemiyaning o'rganish: o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi fonida miokard infarkti.

Tadqiqotning maqsadi. Kardiopulmoner komorbiditli bemorlarda homosistein darajasini va giperhomosisteinemiya chastotasini o'rganish: surunkali obstruktiv o'pka kasalligi fonida miokard infarkti.

Tadqiqot materiallari va usullari. 146 kishi tekshirildi, ular quyidagi guruhlarni o'z ichiga olgan: miyokard infarkti bilan kasallangan I-guruh bemorlari (n = 30); II guruh-kardiopulmoner komorbiditdagi chalingan bemorlar: surunkali obstruktiv o'pka kasalligi fonida miokard infarkti (n = 54); III guruh - surunkali obstruktiv o'pka kasalligi bilan og'rigan bemorlar (n = 32) va nazorat guruhi - Andijon viloyatining 25 somatologik sog'lom odamlari (n = 30).

Tadqiqotga kiritish mezonlari: bemorlarda angina xurujidan 12 soatdan ko'p bo'lmagan vaqt ichida hujjatlashtirilgan ST-segment ko'tarilish miyokard infarktining mavjudligi, EKG natijalari, nekrozning sarum markerlari va surunkali obstruktiv o'pka kasalligi tarixi bilan tasdiqlangan. , 64 yoshgacha. Tadqiqotda teri osti koronar aralashuvi yoki koronar bypass operatsiyasining murakkabligi bo'lgan miyokard infarkti bilan og'rigan bemorlar, shuningdek buyrak etishmovchiligining so'nggi bosqichida (glomerular filtratsiya darajasi 30 ml / min dan kam) bo'lgan va onkologik kasalliklar aniqlangan bemorlar kiritilmagan. Gomosistein darajasini o'rganish uchun "Axis Gomosistein" savdo test tizimidan ("Axis-shield Diagnostics Ltd", Buyuk Britaniya) fermentlar immunoassay usuli bilan foydalanilgan.

Yozma rozilik barcha bemorlardan va somatologik jihatdan sog'lom odamlardan olingan. Tadqiqotda ishtirok etish uchun xabardor qilingan rozilik.

Tadqiqot natijalari: Somatologik jihatdan sog'lom odamlarda o'rtacha homosistein darajasi 10,5 mmol / L ni tashkil etdi, bu foizlar oralig'ida (6,2; 14,7). Miyokard infarkti bilan og'rigan bemorlar guruhida o'rtacha homosistein darajasi 13,4 (7,4; 25,4) mmol / L ni tashkil etdi, bu esa nazorat guruhiga qaraganda statistik jihatdan ancha yuqori (p = 0,031). Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi bilan og'rigan bemorlar guruhida o'rtacha homosistein

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

darajasi 33,6 (7,1; 44,4) mmol / L ni tashkil etdi, bu somatologik jihatdan sog'lom odamlar guruhiga ($p = 0,001$) va bemorlar guruhiga qaraganda statistik jihatdan ancha yuqori edi miokard infarkti bilan ($p = 0,012$). Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi fonida miyokard infarktining kombinatsiyasi homosistein darajasi 44,5 $\mu\text{mol} / \text{l}$ (7,5; 52) ni tashkil etdi, bu nafaqat guruhning somatologik jihatdan sog'lom odamlari bilan solishtirganda statistik jihatdan ancha yuqori ($p < 0,001$), ammo miyokard infarkti bilan og'rigan bemorlar guruhi ($p < 0,001$) va surunkali obstruktiv o'pka kasalligi ($p = 0,002$).

Xulosa: miyokard infarkti, o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi bilan og'rigan bemorlarda, shuningdek surunkali obstruktiv o'pka kasalligi fonida miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarda homosistein darajasining o'sishi somatik jihatdan sog'lom odamlar guruhiga nisbatan aniqlandi. Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi bilan miyokard infarkti kombinatsiyalangan bemorlarda qon plazmasidagi homosistein konsentratsiyasining ham miokard infarkti, ham surunkali obstruktiv o'pka kasalligi bilan og'rigan bemorlarga nisbatan eng yuqori o'sishi aniqlandi.

YURAKNING KORONAR KASALLIGIGA CHALINGAN BEMORLARDA OQSIL PARAMETRLARINI TAHLILI

Olimjonov B - tibbiyot fakulteti 1-bosqich talabasi

*Ilmiy maslahatchi: Artikova S.G., t.f.n., dotsent - Ichki kasalliklar proedevtikasi kafedrası
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Ateriyal fibrilatsiyani jahon tibbiyot hamjamiyati surunkali yurak etishmovchiligi va qandli diabet bilan birga uchta yurak-qon tomir "XXI asr epidemiyalari" qatoriga kiradi. Atriyal fibrilatsiyani o'limning mustaqil bashoratchisi deb topildi. Ko'pincha atriyal fibrilatsiyani koroner yurak kasalligining turli nozologik bo'linmalarida uchraydi.

Tadqiqotning maqsadi. Koroner yurak kasalligi bo'lgan bemorlarda oqsil va lipid oksidlanish stresi parametrlarini o'rganish va tahlil qilish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Atriyal fibrilatsiyali (paroksizmal, doimiy) shakliga va tarang angina (STN) ko'rinishidagi kombinatsiyalangan patologiyaning mavjudligiga yoki yo'qligiga qarab guruhlariga bo'lingan 85 ta atriyal fibrilatsiyali bemorlarni tekshirdik. Somatologik sog'lom odamlar (30 kishi) nazorat guruhini tuzdilar. Atriyal fibrilatsiyali bemorlar guruhlari va somatologik jihatdan sog'lom odamlar o'rtasida statistik jihatdan ahamiyatli jins va yosh farqlari yo'q edi.

Tadqiqot natijalari. Protein va lipid oksidlovchi stress parametrlari angina pektorisining hamrohligida va u holda ishemik kelib chiqishi atriyal fibrilatsiyasiga ega bo'lgan 85 bemorda o'rganildi va tahlil qilindi. Paroksizmal va doimiy atriyal fibrilatsiyali bemorlarda mis / sinkga bog'liq va umumiy superoksid dismutaz faolligining pasayishi aniqlandi, bu organizmning antioksidant himoyasini inhiye qilishini aks ettiradi. Protein peroksidatsiyasining aniqlangan intensivligi, atriyal fibrilatsiyani doimiy angina bilan og'rigan bemorlar guruhida eng aniq namoyon bo'ldi. Olingan ma'lumotlar antioksidantdan himoyalashning kamaytirilganligi va koroner yurak kasalligining beqarorlashuvida oqsil peroksidatsiyasi jarayonlarining ahamiyatini ko'rsatadi.

Xulosa. Atriyal fibrilatsiyali paroksizmal va doimiy shaklga ega bo'lgan bemorlarda oqsil va lipid oksidlovchi stress darajasini angina pektoris bilan birgalikda va u holda SOD va Ls faolligining pasayishi aniqlandi. Paroksizmal bilan og'rigan bemorlarda SuZn-SOD, atriyal fibrilatsiyaning doimiy shakli sifatida, angina borligidan mustaqil. Shu bilan birga, SOD darajasining eng past pasayishi atriyal fibrilatsiyaning doimiy shakli bo'lgan bemorlar guruhida kuzatildi. Paroksizmal atriyal fibrilatsiyali bemorlar guruhida umumiy SOD faolligining kuchlanish angina mavjudligiga bog'liqligi aniqlanmadi. Paroksizmal va doimiy atriyal fibrilatsiyali bemorlarda oksidlovchi stress va AORR darajasining ko'payishi angina pektoris bilan birgalikda bemorlar guruhida tez-tez aniqlanadi. Olingan ma'lumotlar antioksidantdan himoyalashning kamayishi va koroner yurak kasalligining beqarorlashuvida oqsil peroksidatsiyasi jarayonlarining ahamiyatini ko'rsatadi.

BOSHLANG'ICH TISH KARIYESINI INFILTRATIV METOD BILAN DAVOLASH SAMARADORLIGINI O'RGANISH

Olimova Dildora Vohidovna 2-bosqich magistrant

Buxoro davlat tibbiyot instituti

Mavzuning dolzarbligi: Stomatologik kasalliklarni uchrash ko'rsatgichi yuqoriligi insonlar salomatligi uchun katta va dolzarb muammoligicha qolmoqda. Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra butun dunyo bo'yicha karies maktab yoshidagi bolalarda 60-90%, kattalarda esa deyarli 100% uchrar ekan. (E.B.Borovski, 2006., E.M.Kuzmina, 2007., Yu.M.Maksimovskiy, 2008.) Kariesni eng erta bosqichlarda yani patalogik jarayon emal yuzasida bo'lganda davolash zarur (dog' bosqichidagi karies). (S.Mickenausch, 2007). Epidemiologik tadqiqotlarga ko'ra kariesni davolash zaruriyati, tish qattiq to'qimasining boshqa patalogiyalarini davolashdan ko'ra yuqoriroq turadi. Chunki karies va uning asorati (pulpit, peiodontit, odontogen infeksiya) tufayli

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

tishlar butunlay yo'qotilishiga va organizmining surunkali ravishda infeksiya bilan zararlanishiga sabab bo'ladi. (N.Hien, 2004.)

Yuza karies bu emalning qaytmas demineralizatsiyasidir. Emalning zararlangan soxasida hosil bo'lgan tirqishlar va mikro bo'shliqlar 25-30% kariesogen mikroorganizmlar bilan to'lgan bo'ladi. Bu esa jarayonning to'xtamay davom etishiga sabab bo'ladi. Shuning uchun yuza karies ham charxlash yo'li bilan zararlangan soha olib tashlanib, davolanadi. (L.N.Maksimovskaya, 2012). Bunda bor mashina bilan charxlash natijasida tishning sog'lom to'qimasining bir qismi ham olinadi. Bu esa zamonaviy stomatologiyada mavjud bo'lgan tishning qattiq to'qimasini maksimal darajada saqlash qoidalariga zid keladi. Deyarli barcha bolalarda hatto kattalarda ham bor mashina bilan ishlash noxushlik hissini keltirib chiqaradi. Shu kabilarni inobatga olsak ICON texnologiyasi o'zini oqlay oldi. (A.Shult, 2009.)

Tadqiqot maqsadi: Boshlang'ich darajadagi karioz va ba'zi emal qavat zararlanishi bilan kechadigan nokarioz kasalliklarini ICON metodi bilan davolash samaradorligini aniqlash va ananaviy usuldagi metodlar bilan taqqoslash.

Material va metodlar: Birinchi asosiy kuzatuv guruhimiz uchun dog' bosqichidagi kariesni hamda bazi nokarioz kasalliklarini ICON orqali davolash effektivligini o'rganish maqsadida 40 nafar turli yoshdagi bemorlar Buxoro Davlat tibbiyot instituti qoshidagi Stomatologiya o'quv ilmiy amaliy markazida tekshirildi. Bemorlarni asosiy (obyektiv va subyektiv) va qo'shimcha (rentgenoskopiya) tekshiruv metodlari orqali tekshirildi. ICON jamlanmasi ICON-ETCH (Hcl-15%), ICON –DRY(etanol), ICON-INFILTRAT, kofferdam, polirovka pastasi, floslar, shotkalardan foydalanildi. Ikkinchi kuzatuv guruhimiz uchun elektroforez, ftorlak, shotkalardan foydalanildi.

Tadqiqot natijalari. Qoniqarsiz og'iz gigienasi, emalning past kislotaga chidamliligi va kariyes jarayonining yuqori intensivligi holatida, infiltratsiya texnikasini emal kariesni davolash uchun qo'llash tavsiya etiladi. (0 dan 12 ballgacha). Qoniqarli og'iz bo'shlig'i gigienasi bilan, emalning kislotaga yuqori va o'rta chidamliligi va kariyes jarayonining past intensivligi sharoitida chuqur ftorlash texnikasini tanlashimiz mumkin. Yaxshi og'iz gigienasi, emalning yuqori, o'rtacha kislotaga chidamliligi va kariyes jarayonining past intensivligi sharoitida - remineralizatsiya qiluvchi dorilarni qo'llash usulidan foydalanishimiz mumkin (0 dan 4 ballgacha). Usullarning har birini tanlashga individual yondashish emal kariesini davolash samaradorligini oshiradi va kariyes bo'shliq hosil bo'lishining oldini oladi. Iqtisodiy samaradorlik karies va uning asoratlarni davolash xarajatlarini kamaytirishda amalga oshiriladi.

Xulosa.

1. "Icon" moddasi orqali karioz dog'lar infiltratsiyalanganda, o'zgarishlar tezda namoyon bo'ladi va o'zining holatini uzoq muddat saqlaydi (infiltratsiya qilingan joyning yuzasi silliq bo'ladi, bo'yoqlar va kislota reagentlarini o'tkazmaydigan bo'ladi).

2. Davolash samaradorligi bemorlarning og'iz gigienasi darajasiga sezilarli bog'liqligi aniqlandi. Asoratlarning ko'pchiligi og'iz bo'shlig' gigienasi qoniqarsiz bemorlarda uchradi.

3. Mikroinvaziv usul bilan oq kariesli dog'larni davolash samaradorligi pigmentlanganlariga qaraganda ancha yuqori. Sariq va jigarrang kariesli dog'larning qisman depigmentatsiyasi faqat infiltratsiya texnikasidan foydalanganda kuzatiladi. Qolgan guruhlarda yaxshi natija bermadi.

YASSI OYOQLIK — BELGILARI, DARAJALARI, DAVOLASH, OLDINI OLIISHNING HOZIRGI ZAMON TAMOYILLARI

Roziqov Islombek pediatriya 501-guruh

Ilmiy rahbar: Qo'ldashev Qahramonjon Abduhalilovich

Andijon davlat tibbiyot instituti

Yassi oyoqlik — oyoq panjasi shaklining o'zgarishi bo'lib, uning bo'ylama va ko'ndalang yoyining pasayishi bilan ifodalanadi. Ko'ndalang va bo'ylama yassiq oyoqlik ajratiladi, bu ikkala shaklning birgalikda kuzatilishi ehtimoli ham mavjud. Oyoq panjasining boshqa deformatsiyalari bilan birgalikda ko'ndalang yassi oyoqlik 55,23%, bo'ylama yassi oyoqlik — 29,3% hollarni tashkil etadi.

Yassi oyoqlik sabablari: Ko'pincha yassi oyoqlik orttirilgan bo'ladi, lekin asosan biriktiruvchi to'qimaning tug'ma yetishmovchiligi, boylamlar nozikligi fonida rivojlanadi. Bunday oyoq ko'pincha «aristokratik» deb ham ataladi.

Yassi oyoqlik alomatlari va belgilari : Oyoq, tizza, son va beldagi og'riq Notabiiy yurish va qomat; Cho'kkalab o'tirishdan ko'ra, egilish osonroq; o'tirgan holatda muvozanatni saqlash qiyinligi. «Og'ir» yurish. Yurish paytida maymoqlik. Oyoq panjalarining deformatsiyalanishi (yassi oyoq, oyoq barmoqlarining nomutanosib uzunligi, qiyshiqiligi, bosh barmoqdagi «suyak» yoki podagra (hallux valgus), oyoq panjasining o'ta kengligi), tizza bo'g'imlarining deformatsiyasi, oyoq mushaklarining nomutanosib rivojlanishi. Yassi oyoqlik tirnoqlarning ichkariga o'sishiga olib keladi. Suyaklari nozikroq bo'lganligi sababli, ayollarda yassi oyoqlik erkaklarga qaraganda 4 marta ko'proq uchraydi.

Hozirgi zamon tibbiyotida yassi oyoqliligni quyidagi turlari ko'p uchramoqda: Ko'ndalang yassi oyoqlikda oyoq, bo'ylama yassi oyoqlik, tug'ma yassi oyoqlik, travmatik yassi oyoqlik, statik yassi oyoqlik (eng ko'p uchraydigan shakli, 82,1%) , raxitik yassi oyoqlik paralitik yassi oyoqlik.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Ushbu bemorlarni davolash quyidagicha o'tkazilmoqda. Tanani tabiiy mustahkamlash oyoqni mustahkamlashga ham yordam beradi. Bolaga suzish juda foydali bo'ladi — bunda oyoqlar ishlashi katta ahamiyatga ega. Yalang oyoq yurish ham foydali — qum (issiq emas) yoki toshlar (o'tkir bo'lmagan) ustida. Tepaliklarga chiqish va tushish, kunda ustida yurish. Ikkita tog'oracha oling: issiq (oyoq chiday olguncha) va sovuq suv bilan. Avval oyoqlarni issiq suvda qizdirib oling, so'ngra ularni sovuq suvga soling. Shu tarzda navbat bilan 2-3 marta bajaring. Teri qizaradi, oyoqlaringizda yoqimli yengillik paydo bo'ladi. Suvga biroz dengiz tuzi yoki iste'mol sodasi, o't damlamalari — dorivor moychechak, mavrak, eman daraxti po'stlog'i, yalpiz qo'shish mumkin.

Hozirgi bemorlarni profilaktika qilish maqsadida quyidagi vazifalarni amalga oshirish zarur: onalarimiz bolalarga poyabzal tanlashda qo'l bilan siqib ko'rishdan tashqari bolakay oyog'ini kuchini ham hisobga olishi kerak, bir mavsum kiyilgan oyoq kiyimni boshqa boshqa bir qarindoshiga berish durust emas, oyoq kiyim olayotganda keyingi mavsumni o'ylab keng oyoq kiyimi ham tanlamaslik kerak. Quyidagi mezonlarga etibor bering

Mezonlar bolalar uchun ham, kattalar uchun ham bir xil:

Poyabza tanlashda quyidagilar zarur — yuqori qismi charmdan bo'lishi; poshnasi baland emas, bolalar poyabzalida poshna uzunligi tovon va oyoq yoyining orqa qismini ushlab turish uchun tagcharm uzunligini uchun biridan kalta bo'lmasligi, ayollar uchun esa balandligi 4 sm dan oshmasligi kerak, poyabzal uchi keng bo'lishi zarur;

Charmning yaxshi sifati: yoqimsiz hid, tashqi qatlam to'kishili, yoriqlar bo'lmasligi kerak. Yaxshi tayyorlangan va bo'yalgan charm tanlayotganda qo'llaringizni va kiyilayotgan paytda paypoqlarni iflos qilmaydi. U allergiya, ishqalanishlar chaqirmaydi va ortopedik kasalliklarga olib kelmaydi;

Tagi egiluvchan degani, bu tanlash vaqtida nafaqat ona buka oladigan, balki yurish paytida bola ham uni egishga qodir ekanligini anglatadi.

Oyoq yo'ylarini maxsus poyabzal va ortopedik moslamalar yordamida qo'llab-quvvatlash — yassi oyoqlikni davolashning asosi ekanligini ta'kidlash kerak.

Homilador ayollarga quyidagi tavsiyalarni berish mumkin: Oyoqlaringizni imkon qadar tez-tez ko'taring; Agar siz uzoq vaqt o'tirgan holatda qolishingiz kerak bo'lsa, oyoqlaringiz ostiga kichikroq stulcha qo'ying; Qon oqimini cheklab qo'ymaslik uchun tikuvsiz paypoq kiying, agar siz uzoq vaqt davomida mashina boshqarsangiz, oyoqlarini yozish uchun muntazam ravishda tanaffus qiling; Umumiy ahvolni yaxshilash uchun muntazam ravishda mashqlar qiling; eng yaxshi mashq — yurishdir.

Biz quydagicha xulosa qildik: Bizni surishtirish ishlarimizga ko'ra, yassi oyoqlikni asosiy sababi bizning hududda sifatsiz poyabzallar kiyish sababli kelib chiqyapti. Shunga asosanib respublikamizda bolalarda yassi oyoqlikni profilaktika qilish maqsadida shahar va tuman markazlaridagi savdo shahobchalarini har kvartalda sanitariya gigiyena osoyishtalik xizmati vrachlari, ortoped travmatolog hamda soliq qo'mitasi xodimlari ishtirokida gigiyenik va ortopedik taftishdan o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Ushbu tadbir yassi oyoqlikning oldini olishda amaliy yordam ko'rsatadi.

FAST-FOOD TAOMLAR VA ULARNING INSON SALOMATLIGIGA TA'SIRI

Roziqov Ubaydullo Alisher o'g'li 4-kurs talaba
Ilmiy rahbar: t.f.n. Yusupova. O.B Gigiyena kafedrasi mudiri
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mavzuning dolzarbligi: Gamburger, sendvich, pissa, xod-dog va boshqa tez tayyor bo'ladigan ovqatlar. Qorin ochligidan ularni tasavvur qilib oqdamni, ishtahasi qitiqlaydi. Ham tez tayyorlanadi, ham arzon! Bundan ham qulayroq taklif bo'lishi mumkinmi? Ayniqsa darslardan, leksiylardan qorni ochiqib chiqqan talabalarga oshxonada tayyorlanadigan xod-dog yoki hamburger olovdek ko'rinishi tabiiy. Bunday paytda talabalar iste'mol qilayotgan fast-foodlari qanchalik foydali yoki zararli ekanligi haqida bosh qotirmaydi, lekin ota-onalar, o'qituvchilar, talabalarning o'zlari xam qanday taomlar foydali qandaylari odam sog'ligiga taxdid solishi haqida ma'lumotga ega bo'lishlari lozim.

Fast-food taomlar tarkibida asosan: xolesterin, uglevod, tuz, shakar, yog', ta'm va rang beruvchi kimyoviy birikmalar mavjud. Fast-food tarkibidagi moddalar, qandli diabet, gastrit, ortiqcha vazn, qon bosimining ko'tarilishiga xamda yurak kasalliklarining kelib chiqishiga asosiy sabab bo'ladi. Bu kasalliklarning kelib chiqishiga sabab, fast-food larning tayyorlanish jarayoniga axamiyat beradigan bo'lsak ko'pincha go'sht mahsulotlari maromiga yetkazib pishirilmaydi. Oshqozon esa uni xazm qilishga qiynaladi, unda og'riq paydo bo'ladi va oshqozon devojir zararlanadi. Bunday maxsulotlar tarkibida keragidan ortiq xolesterin va uglevod bo'lganligi uchun tanada ortiqcha yog' to'planishiga sabab bo'ladi.

Bora bora yog' yurak atrofini qoplaydi va uni kasallanishiga olib keladi. Fast food tarkibidagi kimyoviy moddalar o'smirlarda uchraydigan xusnbuzar va toshmalarning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Fast-food taomlarining salbiy oqibatlarini yana bir ko'rinishi: o'rta yoshdagi katta odam iste'mol qilishi lozim bo'lgan tuzning kundalik miqdori 6 gr ni tashkil qiladi. Lekin biz iste'mol qiladigan Fast foodlarning deyarli barchasida me'yoridan ortiqcha tuz ishlatiladi. Tuz organizmdagi suv miqdorini qisqartiradi, bu esa arterial qon bosimini ko'tarilishiga sabab bo'ladi. U esa o'z navbatida yurak- qon tomir kasalliklariga sabab bo'ladi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

O'zbekiston voyaga yetgan axolisining 37% i tuzni me'yoridan ko'p bo'lgan ovqat tanovul qiladi. Sog'liqni saqlash vazirligi o'tkazgan tadqiqotlarga ko'ra axolining 20,2% i ortiqcha vaznga ega. 33,9% odamda yuqori arterial bosim bor.

Mavzuning maqsadi: Talabalarining fast-food taomlari bilan qanchalik ovqatlanishini o'rganish va fast-food taomlarini zararli tomonlarini aniqlash.

Materiallar va tadqiqotlar usullari: Biz fast-food taomlarini inson organizmiga salbiy ta'sirini TTA Urganch filialida talabalar turar joyida yashovchi 200 nafar talabalardan so'rovnoma olib o'rgandik. Bunda 145 ta og'il bola va 55 ta qiz bolalardan anketa olib o'rganildi.

Tadqiqot natijalari: 19-25 yoshlilar orasida fast food haqida yetarlicha ma'lumotga bo'lmaganlar orasidan 85,3% ida oshqozon ichak bilan bog'liq muammolar borligi aniqlandi. Bundan ko'rinib turibdiki fast food taomlari haqida yetarlicha ma'lumotga ega bo'lmasdan iste'mol qilish yaramaydi. So'rovnomada qatnashgan, fast food taomlarini ko'p iste'mol qiladigan 42,3% talabalar orasida oshqozon ichak kasalliklari bilan og'riganlari 55% ni tashkil qildi. Ushbu o'tkazilgan so'rovnoma natijalariga asoslanib, tez tayyor bo'ladigan maxsulotlarning salbiy oqibatlariga yana bir bor guvohi bo'lishimiz mumkin.

Xulosa: Fast food taomlarining bunday salbiy oqibatlarini oldini olish uchun quyidagi tavsiyalarga amal qiladigan bo'lsak foydadan xoli bo'lmaydi:

- 1) Fast food taomlarini iloji boricha kamroq iste'mol qilish.
- 2) Ko'chalarda va ta'lim muassasalarida oshxona nazoratini kuchaytirish.
- 3) Fast food taomlarini salatlar bilan birgalikda iste'mol qilish.
- 4) Ko'cha kuydan iloji boricha kamroq ovqatlanish.

TANA MASSASI INDEKSINING OSHISHI TUFAYLI KELIB CHIQUADIGAN KASALLIKLAR

Ro'zimatova Dilrabo Abdullayevna - klinik ordinatura 1-bosqich talabasi

Ilmiy rahbar: t.f.n. dotsent Raxmetova M.R. - UASH tayyorlash kafedrası

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Tadqiqot materiali va usullari: Qandli diabet bu modda almashinuvi buzilishi qonda glyukoza miqdorining o'zgarishi bilan kechadi. Insulin gormoni qondagi glyukozani tegishlicha, energiya sifatida ishlatish yoki zaxira sifatida to'plash uchun xizmat qiladi. Qandi diabet kasalligida esa, xuddi o'sha insulin gormonini organizm yetarlicha ishlab chiqara olmaydi yoki undan samarali foydalana olmaydi. Natijada, qonda qandning miqdori normadan ko'payib, ko'z, buyrak, nerv va boshqa muhim a'zolarida turli patologik holatlar yuz beradi. Qandli diabet kassaligini ikkita tipi mavjud. 1-tip diabetga chalingan odamlarda turli sabablarga ko'ra, oshqozon osti bezidagi insulin ishlab chiqaradigan hujayralari insulin ishlab chiqarmaydi. 2-tip qandli diabet kasalligida organizmdagi tegishli hujayralarning insulinga nisbatan sezgirligi kamayib, yetarli miqdorda insulin ishlab chiqarilgan taqdirda ham qondagi glyukozani hujayralarga kiritishda muammo yuz beradi. Oqibatda, qon tarkibida qandning miqdori ko'p bo'lib qolaveradi. Bu esa, organizmda turli muammolarga sabab bo'ladi.

Ilmiy izlanishning materiali sifatida 05.07.2020 dan 25.08.2020 gacha bo'lgan muddatda Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasi terapiya va endokrinologiya bo'limlarida davolangan 140 nafar bemorlardan 100 nafari olindi. Shundan kasallanganlarning 56 nafari erkaklar, 44 nafari ayollarni tashkil qildi. O'rtacha yosh ko'rsatkichi 59 yosh. Tashxis, bemorlar shifoxonaga davolanish uchun kelganda shikoyati, anamnezi, obyektiv, shuningdek paraklinik ma'lumotlar asosida qo'yildi. Covid-19 kasalligi bilan davolanayotgan bemorlar qonining biokimyoviy tekshirilganda glyukoza miqdori ko'rsatkichiga ko'ra 3 guruhga bo'ldik. (1-jadval) Bemorlarning 59,66% erkaklarda, 54% ayollarda qonida glyukoza miqdori yuqori o'rtacha 16,7 mg/l ni ko'rsatdi. Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarning qonida nima sababdan glyukoza miqdori yuqori chiqqanligini aniqlash maqsadida bemorlar anamnez vitae, anamnez morbi hamda qonning biokimyoviy tekshirish orqali 2-guruhga bo'ldik. Bunda 1-guruh bemorlarda oldindan surunkali qandli diabet kassaligi bilan og'rigan, 2-guruh bemorlarda esa Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangandan so'ng oshqozon osti bezi dum qismiga zarar berishi hisobiga qondagi qandni normal holatda saqlaydigan insulin ishlab chiqaruvchi betta hujayralar faoliyatiga zarar yetkazmoqda. Shu uchun bemorlarda oldin qandli diabet bilan kasallanmagan bo'lsa ham glyukoza miqdori oshdi.

Xulosa: Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan xulosa o'rnida aytish mumkinki Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarda qonni bioximik hamda siydik tahlilini tekshirganimizda glyukoza miqdorining ortishini ko'rdik. Erkaklarning 64%, ayollarning 67% oldin qandli diabet bilan kasallanmagan bunda virus oshqozon osti bezining dum qismiga zarar berishi natijasida glyukoza miqdori oshib bemorlarda qandli diabetning klinik belgilari namoyon bo'ldi. Bemorlar o'rtacha 18 kun davolangan bo'lsa sog'aygandan keyin oldin qandli diabetga chalinmagan bemorlarning 95% da glyukoza miqdori normal holatga tushdi va bemorni endokrinolog nazorati ostiga olindi. Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarga to'g'ri hamda sifatli ovqatlanishni, tana vazniga e'tibor qaratishlarini, har kuni jismoniy mashqlar bajarishlari kerakligi buyurildi. Bunday bemorlar qandli diabet kasalligi bilan kasallanish xafi ostidagi bemorlar hisoblanadi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

TANA MASSASI INDEKSINING OSHISHI TUFAYLI KELIB CHIQUADIGAN KASALLIKLAR

Ro'zimatova Dilrabo Abdullayevna - klinik ordinatura 1-bosqich talabasi
Ilmiy rahbar: t.f.n. dotsent Raxmetova M.R. - UASH tayyorlash kafedrası
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Tadqiqot materiali va usullari: Koronavirus infeksiyasi (COVID-19) –SARS COV-2 korona virus turkumidagi yangi shtamm keltirib chiqaruvchi, havo-tomchi va maishiy-kontakt yo'li bilan tarqaluvchi, o'pka to'qimalarini zararlashga moyil bo'lgan, simptomsiz virus tashuvchilikdan to kasallikning og'ir klinik ko'rinishida namoyon bo'ladigan shakligacha olib keladigan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, intoksikatsiya, yuqori va pastki nafas yo'llarining yallig'lanish jarayoni, o'tkir respirator distress sindromi bilan kechuvchi pnevmoniya va sepsis rivojlanish xavfi bilan tavsiflanadi. Inkubatsion davrmuddati 2 dan 14 kungacha, o'rtacha 5-7 kun. Umumiy populyasiyadagi klinik belgilar diapazoni kasallikning engil bosqichidan kritik holatning rivojlanishigacha o'zgaradi. Qandli diabet bu modda almashinuvi buzilishi qonda glyukoza miqdorining o'zgarishi bilan kechadi. Insulin gormoni qondagi glyukozani tegishli, energiya sifatida ishlatish yoki zaxira sifatida to'plash uchun xizmat qiladi. Qandi diabet kasalligida esa, xuddi o'sha insulin gormonini organizm yetarlicha ishlab chiqara olmaydi yoki undan samarali foydalana olmaydi. Natijada, qonda qandning miqdori normadan ko'payib, ko'z, buyrak, nerv va boshqa muhim a'zolarida turli patologik holatlar yuz beradi. Qandli diabet kasalligini ikkita tipi mavjud. 1-tip diabetga chalingan odamlarda turli sabablarga ko'ra, oshqozon osti bezidagi insulin ishlab chiqaradigan hujayralari insulin ishlab chiqarmaydi. 2-tip qandli diabet kasalligida organizmdagi tegishli hujayralarning insulinga nisbatan sezgirligi kamayib, yetarli miqdorda insulin ishlab chiqarilgan taqdirda ham qondagi glyukozani hujayralarga kiritishda muammo yuz beradi. Oqibatda, qon tarkibida qandning miqdori ko'p bo'lib qolaveradi. Bu esa, organizmda turli muammolarga sabab bo'ladi.

Ilmiy izlanishning materiali sifatida 05.07.2020 dan 25.08.2020 gacha bo'lgan muddatda Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasi terapiya va endokrinologiya bo'limlarida davolanagan 140 nafar bemorlardan 100 nafari olindi. Shundan kasallanganlarning 56 nafari erkaklar, 44 nafari ayollarni tashkil qildi. O'rtacha yosh ko'rsatkichi 59 yosh. Tashxis, bemorlar shifoxonaga davolanish uchun kelganda shikoyati, anamnezi, obyektiv, shuningdek paraklinik ma'lumotlar asosida qo'yildi. Covid-19 kasalligi bilan davolanayotgan bemorlar qonining biokimyoviy tekshirilganda glyukoza miqdori ko'rsatkichiga ko'ra 3 guruhga bo'ldik. (1-jadval) Bemorlarning 59,66% erkaklarda, 54% ayollarda qonida glyukoza miqdori yuqori o'rtacha 16,7 mg/l ni ko'rsatdi. Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarning qonida nima sababdan glyukoza miqdori yuqori chiqqanligini aniqlash maqsadida bemorlar anamnez vitae, anamnez morbi hamda qonning biokimyoviy tekshirish orqali 2-guruhga bo'ldik. Bunda 1-guruh bemorlarda oldindan surunkali qandli diabet kasalligi bilan og'rigan, 2-guruh bemorlarda esa Covid-19 infeksiyasi bilan kasallanganidan so'ng oshqozon osti bezi dum qismiga zarar berishi hisobiga qondagi qandni normal holatda saqlaydigan insulin ishlab chiqaruvchi betta hujayralar faoliyatiga zarar yetkazmoqda. Shu uchun bemorlarda oldin qandli diabet bilan kasallanmagan bo'lsa ham glyukoza miqdori oshdi.

Xulosa: Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan xulosa o'rinda aytish mumkinki Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarda qonni bioximik hamda siydik tahlilini tekshirganimizda glyukoza miqdorining ortishini ko'rdik. Erkaklarning 64%, ayollarning 67% oldin qandli diabet bilan kasallanmagan bunda virus oshqozon osti bezining dum qismiga zarar berishi natijasida glyukoza miqdori oshib bemorlarda qandli diabetning klinik belgilari namoyon bo'ldi. Bemorlar o'rtacha 18 kun davolanagan bo'lsa sog'aygandan keyin oldin qandli diabetga chalinmagan bemorlarning 95% da glyukoza miqdori normal holatga tushdi va bemorni endokrinolog nazorati ostiga olindi. Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarga to'g'ri hamda sifatli ovqatlanishni, tana vazniga e'tibor qaratishlarini, har kuni jismoniy mashqalar bajarishlari kerakligi buyurildi. Bunday bemorlar qandli diabet kasalligi bilan kasallanish xafi ostidagi bemorlar hisoblanadi.

TIBBIYOT OLIY O'QUV YURTLARIDA ZAMONAVIY O'QITUVCHI TIMSOLI

Saidova Nozima Xikmatovna – pediatriya fakulteti 5 kurs talabasi
Axmatniyazova Sevara Nuriddin qizi – pediatriya fakulteti 5 kurs talabasi
Berdaliyeva Zuhaxon Baxtiyor qizi – pediatriya fakulteti 5 kurs talabasi
Ilmiy rahbar: Xaydarov M.B. - Anesteziologiya va reanimatologiya kafedrası assistenti
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Mavzuni dolzarbliigi: Ta'lim sifatiga ta'sir qiluvchi asosiy omillardan biri o'qituvchi shaxsiyatiga qaratilgan. Ko'p jihatdan o'qituvchilarni professionalligi, kasbiy sohada olingan bilimlarga bo'lgan talabi, talabalarni o'rgatayotgan faniga e'tiborini jalb qilish qobiliyati, yuqori malakali mutaxassislarni tayyorlashda ta'lim natijalariga qiziqish bilan bog'liq bo'ladi.

Mavzuning maqsadi: Toshkent pediatriya tibbiyot instituti (TPTI) o'qituvchilarini kasbiy va shaxsiy fazilatlarini baholash.

Tadqiqot usuli: to'liq so'rov shaklida ijtimoiy so'rov. Barcha kurs va fakultetlar TPTI ning 281 nafar talabasi respondentlar sifatida jalb qilindi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Tadqiqot natijalari. Olingan ma'lumotlarni tahlil qilish jarayonida respondentlarning yarmi (barcha fakultet talabalarining 30 foizi) institute o'qituvchisi kasbini jamiyatdagi roli deb hisoblashlari aniqlandi; 24% - juda obro'li emas; 6% - umuman obro'li emas. Fakultetlar kesimida pediatriya, tibbiy-pedagogika, tibbiy-biologik fakultet talabalari o'qituvchi kasbining nufuzini ko'proq qayd etishdi. Institutni tugatgandan so'ng respondentlarni o'qituvchi sifatida ishlash istagini o'rganish shuni ko'rsatdiki, ko'pchilik (76%) "ha emas, balki" deb javob bergan. Pediatriya fakulteti (20%), tibbiy-pedagogika fakulteti (16%) va tibbiy-biologik fakulteti (12%) talabalari eng ko'p ijobiy javoblar berdi. "O'qituvchi shaxsiyati mavzuga bo'lgan munosabatingizga ta'sir qiladimi? Degan savolga barcha fakultetlarni aksariyat talabalari ijobiy javob berishdi – "ha, ta'sir qiladi" va "aksincha, ta'sir qilmaydi". Talabalarni o'qishga undaydigan sabablar orasida barcha fakultetlarda birinchi o'rinni "yuqori malakali mutaxassis bo'lish", ikkinchi va uchinchi o'rinlarda chuqur va mustahkam bilim bo'lish", to'rtinchi o'rinni esa "intellectual mamnunlikni qo'lga kiritish" va beshinchi o'rinni "diplom olish uchun" deb aytishdi. O'qituvchining professional sifatleri reytingida respondentlarni ko'pchiligiga ko'ra: o'quv materiallarini tushuntirish, ularni mavzusini bilish, o'qitish intizomi bilan talabani qiziqtirish, materialni kelajakdagi kasb va amaliyot bilan bog'lash qobiliyati. Shuningdek, talabalar uchun o'qituvchini ob'ektivligi, odob-axloqi va talabchanligi ham muhim ahamiyatga ega. Eng kam respondentlar quyidagi fazilatlariga nisbatan o'zlarining salbiy fikrlarini bildirdilar: bilim va mas'uliyatsizlikni, tartibsizlikni, passivlikni (18,1%), axloqsizlikni, yomon odatlarni, talabalarga nisbatan hurmatsizlikni (15,4%), noumidlik, hazil tuyg'usining yo'qligi. Natijada, zamonaviy o'qituvchining "imijini" shakllantiradigan fazilatlar orasida yetakchi mavqyega ega bo'lish, o'tiladigan mavzu materialini kelajakdagi kasb bilan bog'lash qobiliyati, talabalar shaxsiyatini hurmat qilish, o'qituvchi malakasi, adolatligi, bilan belgilab qo'yilgan.

Xulosa qilinganda, o'tkazilgan tadqiqot natijalari Toshkent pediatriya tibbiyot institute talabalari uchun juda muhim ahamiyatga ega bo'lgan professional va shaxsiy fazilatlar ro'yxatini belgilash, shuningdek, respondentlar fikricha, institute o'qituvchisida yetishmaydigan sifatlarni aniqlash imkonini berdi. Olingan ma'lumotlarni e'tiborga olish ta'lim jarayoni sifatini yaxshilaydi va buning natijasida talabalar qoniqish darajasi oshadi.

YIRINGLI PERITONITNI KELIB CHIQISHI VA DAVOLASH USULLARI

Suyunova Muxlisa Asatilla qizi - 1-pediatriya, 311-guruh talabasi

Ilmiy rahbar: Zyparov K.F.-Umumiy xirurgiya kafedrasida

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Etiologiyasi va kelib chiqishi. Qorin bo'shlig'iga infeksiya tushishishining asosiy manbalari quyidagilar: chuvalchangsimon o'simta (3-12%), o't pufagi (10-12%), ayollar jinsiy a'zolari (2-3%) va ichaklar (3-5%). Kamroq sababchilar: travmatik shikastlanishlar (2,7% gacha), me'da osti bezi (1% gacha), shuningdek operatsiyadan keyingi peritonitlar (1% gacha).

Peritonit turli xil mikroblar hisoblangan enterobakteriyalar, stafilokokklar, streptokokklar, pnevmokokklar, aralash infeksiya tufayli kelib chiqadi. Infeksiya qorin bo'shlig'iga jarohatlanish, qorin bo'shlig'i a'zolarining yiringlashi yoki teshilishi natijasida, shuningdek, jarrohlik yo'li bilan davo qilinayotgan paytda tushadi.

Ko'pgina hollarda peritonit ko'richak ortig'i (o'tkir appenditsit) o't pufagi, yo'g'on va ingichka ichakning yiringli yallig'lanishidan paydo bo'ladi, aksariyat hollarda peritonit aralash mikroflora tufayli qorin bo'shlig'i, jinsiy a'zolar teshilganda tez rivojlanadi.

Qorin pardasi jaroxatlanishlari ikkita tipda ochiq va yopiq bo'ladi. Ochiq jaroxatlanishlari (teshib o'tuvchi jaroxat), odatda, ichki a'zolarining yaralanishi bilan birga uchraydi, bu shoshilinch xirurgik operatsiya (laparotomiya va qorin bo'shlig'i a'zolari reviziyasi) o'tkazish zarurligini taqazo qiladi. Ochiq jarohatlarining klinikasi ichki a'zoga yetkazilgan jarohat xarakteriga bog'liq. Qorinning yopiq jarohatida qorin pardasi jarohatlanishlari yuz berishi mumkin, ular ko'pincha ichki a'zolarining jarohatlanishi bilan birga uchraydi. Jarohatlanish xarakteriga ko'ra ichki qon oqish, peritonit simptomlari birinchi o'rinda turadi. Qorin bo'shlig'iga bakteriyalarning biror turi tushishi bilan bog'liq b'lgan mikroblar peritonitlaridan tashqari, qorin bo'shlig'iga, qorin pardasiga agresiv ta'sir kursatadigan turli xil infeksiyalanmagan agentlar: qon, siydiq, o't, pankreatit shira tushishidan kelib chiqadigan aseptik (bakterial) peritonitlar farq qilinadi.

Birlamchi peritonit juda kamdan kam uchraydi. Infeksiyani quyidagi tushush yo'llari mavjud:

- Gematogen;
- limfogen;
- kriptogen;
- teshib kiradigan (abses atrofidagi a'zolar va tuqimalardan ozod qorin bo'shlig'iga bo'shaladi).

Ikkilamchi peritonit:

- appendikulyar;
- xolestsistopankreatit;
- perforativ (Oshqozon yara kasalligi va DPK, Kron kasalligi va b.);
- travmatik (qorin bo'shlig'idagi kavak a'zolarining shikastlanish va shikastlanmasligi bilan o'tadigan);
- nekrotik (ichakning o'tkir tutilishida, hazm yo'llari flegmonadan zararlanganda, mezenterial limfa tugunlari yiringli yallig'langanda, qorin bo'shlig'i a'zolarining kam uchrayigan yallig'lanishda (Mekkel divertikuli);

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

- operatsiyadan keyingi (me'da, ingichka va yo'g'on ichaklar, o't yo'llari va boshqa a'zolaridagi operatsiyalar);
- ginekologik (naylar, tuxumdonlar, bachadon yallig'langanda, nay yorilganda, bachadon perforatsiyasida, bachadonning tug'uruq vaqtida shikastlanganda, tuxumdon kistalari, qo'shimchalari va o'smalari buralib qolganda).

Peritonitga tashxis quyish usullari. Peritonitga tashxis qilishda foydalaniladigan instrumental tekshirish usuli 2 guruhga bo'linadi.

1. Noinvaziv: obzor rentgenografiya, UZI tekshirish, reografiya. Radiologik diagnostika, fonografiya, teplovodinie va exografiyaga muhim o'rin ajratiladi.

2. Invaziv: laparotsentez, "izlovchi" kateter usuli, diagnostik laparoskopiya va diagnostik laparotomiya.

Peritonitni davolash usullari: Peritonitga chalingan bemor darhol kasalxonaga yotqizilishi va operatsiya qilinishi lozim. Kompleks davo qilinadi.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik juda tez va iloji boricha kam vaqt sarflab amalga oshirilishi kerak.

Bemorlarda o'tkir peritonit tashxisi qo'yilganda operatsion kirish yuli sifatida o'rta laparotomiyadan foydalaniladi, chunki bu kirish yo'li kam shikast yetkazadi va qorin bo'shlig'i a'zolarini monand reviziyadan o'tkazishga imkoniyat beradi.

Agar peritonit manbai olib tashlanishi mumkin bo'lgan a'zo (chuvalchangsimon o'simta, o't qopchasi) va texnik sharoitlar shunday qilishga imkon bersa, infeksiya o'chog'ini qorin bo'shlig'idan radikal olib tashlash maqsadga muvofiq. Kavak a'zo perforatsiyasida (me'da, o'n ikki bormoq ichak yarasi, yug'on ichak divertikuli, me'da yoki yug'on ichak rak o'smasi) perforativ teshik ko'pincha tikib qo'yiladi. Agar perforatsiya bo'lgan vaqtdan 6 soatdan ko'p vaqt o'tgan bo'lsa, qorin bo'shlig'i mo'l bakterial zararlanishi mumkinligini kutish lozim. Oldingi qorin devori laparotom jarohatini tikishdan oldin qorin bo'shlig'i orqali qovurgalar osti va yonbosh sohalardagi kontraperturalarni drenaj qilish asosiy shart hisoblanadi.

Qorin bo'shlig'ini drenaj qilish usullari qorin pardasining zararlanish darajasiga mutlaqo bog'liq. Chunonchi, mahalliy peritonitda drenaj zarflangan sohaga, diffuz peritonitda 2 yoki 3 drenaj nazorat va antibiotiklarni qorin ichiga yuborish uchun qo'yladi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarini reviziya qilish va peritonit sababini bartaraf etish, antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash uchun ekspress-bakterioskopiya, bakteriologik analiz va mikroflorani undirish maqsadida qorin bo'shlig'idan eksudat chiqarish, eksudat evakuatsiyasi, qorin bo'shlig'ini antiseptik eritmalar bilan (5-8 l furatsilin, Ringer eritmasi, fiziologik eritma yoki rivanol) sanatsiyasi va lavaji, ingichka ichak tutqichi chedizini novokainlash yoki ichak atoniyasini profilaktika qilish maqsadida novokain eritmasini tomchilab yuborish uchun mikroirrigator o'rnatish, 2 bo'shliqni nazoenteral zond kiritish yo'li bilan me'da ichak yo'li suyuqligini evakuatsiya qilish, bemorni operatsiyadan keyingi davrda ichagini lavaj qilish va zond orqali enteral ovqatlanirish maqsadida ichakni transnazal intubatsiya qilish, qorin bo'shlig'ini nazorat qilish uchun drenaj qilish va operatsiyadan keyingi davrda peritoneal lavaj yoki dializ o'tkazish.

Operatsiya ko'rsatmalar buyicha: jarohatni qavatma-qavat tikish, hamma qavatlarga chok solish (ularni bint bilan bog'lash) yoki jarohatga molniya ilchagini qo'yish (qorin bo'shlig'i a'zolarining dasturni reviziyasi uchun) yoki bemorlarni ochiq usulda parvarishlash uchun ochiq (laparostoma) qoldirish bilan tugallanadi.

Malikov, Filippov, Korobkov, Tagirovlarga tegishli 2017-yilgi ilmiy ishda keltilishicha 15 yoshdan 78 yoshgacha bo'lgan 311 nafar bemorda turli darajadagi keng tarqalgan peritonitni davolash natijasi haqida ma'lumot aytib o'tilgan. Unga ko'ra qorin bo'shlig'ini drenajlash - 192 (58%), laparostomiya - 11(3,3%), programlanadigan reoparatomiya - 68(20,6%), qorin bo'shlig'ining laparoskopik sanatsiyasi - 60(18,1%).

Xulosa. Peritonit bo'lgan bemorlarni peritonitni keltirib chiqaradigan sababidan kelib chiqqan holda kompleks davo qilinishi kerak va operatsiyadan keyin bemorlarni hayotiy ko'rsatgichlari yaxshilangunicha shifokor tamonidan ko'zatilib turilsa, peritonitdan o'lim soni kamayadi. Shuningdek peritonitni davolash uchun qo'llanilgan jaroxlik usuli samarali bo'ladi.

INFORMATIKA YO'NALISHI BO'YICHA BO'LAJAK BAKALAVRLARNING ILMIY TADQIQOT KOMPETENTLIGINI SHAKLLANTIRISHDAGI MUAMMOLARNI HAL QILISH

Z.A.Temirova- kafedra assistenti

Sh.A.Gulamov-ilmiy rahbar

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarlighi. Bizga malumki, kopetentlik- olingan nazariy bilim, ko'nikma va malakalarni (BKM) majmuasini amaliyotda mustaqil va ijodiy qo'llay olish darajasidir. Bundan kelib chiqib, yangi birlarni ishlab chiqish jarayoni, bilish faoliyatida bo'lajak bakalavrlarda mustaqil ishlay olishi, hamda uni amaliyotda qo'llab ijobiy natija olishlarida eng avvalo ularda yuzaga keladigan muammo bu AKT ni qaysi sohada qanday samara berishi to'la anglab yetmaslikda namoyon buladi. O'zi o'qiyotgan soha qay darajada dolzarbligini anglagan holda ta'limda kopetentlik yondoshuvining maqsad va vazifalarining kategoriyalarini ochib beruvchi tayanch kompetensiyalariga ilmiy tadqiqot jarayonda to'la javob bera olishi kerak.

Maqsadi. O'rganuvchilarning ilmiy tadqiqot kompetentligini oshirish uchun, ularni mavjud tayanch kopetensiyalar bo'yicha baholash mezonini ishlab chiqish.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Tadqiqot natijalari. Ta'limda kopetentlik yondoshuvining maqsad va vazifalarining kategoriyalarini ochib beruvchi tayanch kompetensiyalariga ilmiy tadqiqot jarayonda to'la javob berishi, bakalavrning olgan BKM majmuasini amaliyotda mustaqil qo'llay olish darajasi xususida gap ketganda, mutaxassislar oldida o'rganuvchi shaxsiga xos quyidagi tayanch kompetensiyalarni aniqlash yoki o'rganish masalasi ko'ndalang turadi:

1. Professional kompetensiya– bu o'zi ilmiy tadqiqot olib bormoqchi bo'lgan soha faoliyatiga taaluqli tadqiqotdan mukammal darajada natija olish uchun soha missiyasini aniqlashtirishga xizmat qiluvchi mavjud ma'lumot, bilim hamda malakalarga ega bo'lishlikdir. Bu kompetensiya bo'yicha baholash mezoninig asosiy mohiyati sifatida o'rganuvchining kuzatuchanligi, izlanuvchanligi hisobga olinadi.

2. Uslubiy kompetensiya– bu o'rganuvchining bilgan narsalari, shaxsiy malaka va ko'nikmalari, turli loyihalar xususidagi ma'lumotlar hamda topshiriqlarni tez, to'g'ri va tushunarli (operativ) tarzda tushuntirib bera olish qobiliyati. Bu kompetensiya bo'yicha baholash mezonida o'rganuvchining nutqi, ilmiy atamalarini to'g'ri talqin qila olishi hamda ma'lumotlarni mazmunini kalit so'zlar bilan tushuna olishi va tushuntira olishi belgilanadi.

3. Ijtimoiy-psixologik kompetensiya– bu shaxsning ijtimoiy-psixologik hodisalar hamda muomala qonuniyatlari, o'zgaralarni bilish, to'g'ri idrok qilish, dilidagini anglash va shu asosda o'zaro hamkorlikni tashkil qilish borasidagi savodxonligidir. Ijtimoiy-psixologik kompetensiyaning qay darajada shakllanganligi, o'rganuvchi shaxsining insonlarni tushuna olishi, dunyo qarashi hamda boshqalarni ma'lumotlarni qanday qabul qilishlariga qarab tushuntirishi nazarda tutilib, baholash mezonini bo'yicha yuzaga keladigan har qanday muammolarda uning kelib chiqish omilini to'g'ri talqin qilishi baholanadi.

Ijtimoiy-psixologik kompetensiya nafaqat bakalavrni o'zini-o'zi anglashi (bilishi), balki autopsixologik kompetensiya bilan ham bog'liq.

4. Autopsixologik kompetensiya– bu bakalavrning shunday malakalar majmuiki, ular o'rganuvchini o'z bilmiy hamda shaxsiy sifatlarini diagnostikalash, ya'ni o'zini-o'zi diagnostika qilish, o'zini-o'zi tuzata olish (korreksiyalash), o'zini-o'zi takomillashtira olish, o'ziga-o'zi motivasiya bera olish, har qanday ma'lumotdan samarali foydalana olish, psixolingvistik kompetensiyalar bilan bog'liq qobiliyatdir. Ushbu kompetensiyada baholash mezonini asosida eng avvalo o'rganuvchini o'z bilim salohiyatini to'la anglagan holda kamchiliklarini bartaraf qilish, xulosa chiqarish jarayoni yotadi.

5. Ijtimoiy-informasion kompetensiya– bu o'rganuvchini axborot texnologiyalari bilan ishlay bilish hamda ijtimoiy informatsiyalarga nisbatan tanqidiy munosabatda bo'la olishga egaligi. Ijtimoiy-informasion kompetensiyaning baholash mezonida e'tibor beriladigan jihatlari:

–Faoliyat olib borilayotgan shoha axborot kommunikatsion texnologiyalarini dasturiy hamda texnik vositalarini tushunishi;

–Ijtimoiy ahborotlarga nisbatan tanqidiy munosabatlarni bildiradi olishi.

6. Kommunikativ kompetensiya– bu bakalavrning turli tildagi og'zaki va yozma muomala texnologiyalarini o'zlashtirganligi hamda kompyuterda dasturlash va Internet orqali munosabatga kirisha olish qobiliyati.

Ayrim mutaxassislar tomonidan ijtimoiy-psixologik kompetensiya tushunchasi ko'pincha OAVda “kommunikativ kompetensiya” tushunchasi bilan sinonim sifatida ham ishlatiladi. Bevosita kommunikativ kompetensiyani aniqlash uchun “Muloqotga kirishuvchanlik darajasi”, “Fikrni bayon eta olish” kabi qator metodikalar hamda o'zini qanchalik nazorat qila olishini bilishda maxsus testlar qo'llaniladi.

7. Kognitiv kompetensiya– bu o'rganuvchining ma'lumot darajasini oshirishga tayyorligi, o'zining shaxsiy imkoniyatlarini faollashtirishga ehtiyojmandligi, yangi malaka va bilimlarni mustaqil ravishda yaratish hamda o'zini-o'zi rivojlantirish qobiliyati demakdir.

8. Maxsus kompetensiya– bu o'rganuvchining ning professional xatti-harakatlarni mustaqil tarzda bajarishga tayyorlanish va o'z mehnati natijalarini baholay olish qobiliyati.

Xulosa. Yuqoridagi kopetensiyalar bo'yicha javob bergan o'rganuvchida ilmiy tadqiqot kompetentligini shakllantirishda yangi, olingan nazariy bilim, ko'nikma va malakalarni majmuasini amaliyotda mustaqil va ijodiy qo'llay olishi, yangi bilimlarni ishlab chiqish jarayonida yuzaga keladigan kamchiliklarni bir qismini bartaraf qilishini baholashning asosiy mezonini-bu o'rganuvchini ilmiy salohiyatini ochib beradi. Muammolar yuzaga kelgan holda ham o'rganuvchida muammoni hal qilish ko'nikmalari ham shakllanadi.

OILADA RUHIY-AXLOQIY MADANIYATNI SHAKILLANTIRISH

M. Toshmatova - davolash fakulteti 202 guruh talabasi

Yu. O. Ergasheva

Xorijiy tillar kafedrasi o'qituvchisi

Qizdir-yigitdir osmonnig ohi yerga tushib, oila qurishga qaror qilganlarida, har birlari o'z xayollarida eng baxtli juft bo'lishni orzu etishadi. Lekin orzuning o'zi kamlik qilishini yuqoridagi sahifalarda ko'rib chiqdik. Baxti bekamlilikning ham o'z qonun-qoidalari bormikin, deb so'raguvchilar bo'lishi tabiiy. Bor, albatta. Quyidagi «qo'l bola» qoidalarga rioya etib ko'ring, baxtli bo'lmasangiz — biz kafil! Hech qachon, har qanday vaziyatda bir-biringizni «egovlamang» ham, «arralamang» ham. Xudoning inoyati bilan er-xotinga, xotin-erga eng yaqin kishilardir. Eng yaqin kishilar bir-birining «og'riqli nuqtalarini» yaxshi biladilar. Tabiiyki, yaqinlarning kichik zarbasi ham ochiq yaraga tuz sepgandek ta'sir qiladi. Kishi boshqalar, begonalardan eng kuchli zarbalarni ham

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ko'tarishi mumkin. Yaqinining arziyasini ozorini ham ko'tara olmasligi turgan gap. Inson tabiati shunday. O'zingizni juftingizdan aqlliyoq bilib, zinhor buni namoyish etishga shoshilib, uni tarbiyalashga kirishmang. Buni erkaklarning jinni suymaydi. Kishilar o'rtasidagi o'zaro munosabatlarda eng muhimi insonning o'zligini yo'qotmasligidir. Juftingizning o'ziga yoqqan, uzoq yillar o'rganish bo'lib qolgan ko'nikma va odatlarini, agar ular atrofdagilar uchun zarar keltirmasa, o'zgartirishga majbur etmang. Bir-biringizni, ayniqsa, boshqalar oldida tanqid qila-vmang. Bu gap erkaklardan ko'ra, ayollarga ko'proq taalluqli.

Bir tadqiqot natijalariga e'tibor bering: «Eringizni begonalar, tanishlar, qarindoshlar, bolalar oldida tanqid qilib turasizmi?» degan savolga 31 foiz ayollargina erlarini umuman tanqid qilmasliklarini aytganlar, 69 foiz ayollar «ha» deb javob berganlar. Shulardan 13 foizi duch kelgan joyda va juda tez-tez tanqid qilishlarini tan olganlar.

Oilada ruhiy-axloqiy madaniyatni saqlash, hatto o'rinli tanqidiy fikrlarni ham er-u, xotin yuzma-yuz, guvohlarsiz, ayniqsa, bolalar ko'zo'ngidan holi joyda qizishmay aytishni taqozo qiladi. Qolaversa, bir tomonning hadeb ikkinchi tomonni keskin tanqid qilaverishi oiladagi ruhiy muvozanatni buzadi. Juftlar tobora bir-birlarini ayamaydigan bo'lib boradilar, asta-sekin bir-birlaridan begonalashib uzoqlashadilar. Olimlar bunday holatni oilani mana hozir portlashi mumkin bo'lgan porox bochkasi ustida turgani bilan qiyoslashadi.

- Bir-biringizni qadrlashga o'rganing. Faqat o'z jufti oldida qadr topgan insongina boshqalar oldida ham qadr topishi oson. «Erga suyuqli — elga suyuqli», deb bejiz aytmagan xalqimiz.
- Bir-biringizga e'tiborli bo'ling. O'z kuzatuvlaringizdan «barcha oilaviy nizolar asosida mayda-chuyda yotadi», deb allaqachon xulosa chiqargan bo'lsangiz kerak. To'g'ri xulosa.

Lekin negadir ertalab turishimizda bir-birimizga «assalomu alaykum!» deyishni, yotar oldida xotirjamlik tilashni unutimiz. Shirin taom uchun minnatdorchilik bildirish, ermi muloyim ishga kuzatish, ishdan qaytganda yashnab kutib olish (axir kuni bilan diydor ko'rishmadik-a!), maylida ko'nglini ko'tarish uchun ham «yaxshi ham baxtinga siz borsiz!» deyish — odat tusiga kirganda edi, ishoning, nizolar allaqachon oiladan barham topib ketardi.

E'tibor muhabbatdir, uning eng aniq va mo'ljalga tegadigan izhoridir. Inson hamisha o'ziga nisbatan e'tibor talab qiladigan dunyodagi eng nozik mavjudotdir. Hech narsa qalbning issiq mehr-muhabbatini u yo'naltirilgan kishiga e'tiborchilik aniq yetkaza olmaydi. Ayni paytda er-xotin munosabatidagi e'tiborsizlikdan bo'lak hech narsa kishining mehrsizligini, juftiga nisbatan «sovuqligini» yorqin oshkor ham etolmaydi. Buni unutmaslik kerak. Bir-biringizga shirin so'z bo'ling. Baxt kaliti — tilde deb bejiz aytilmagan. Negadir ayrimlar ishlarida odamlar bilan juda tarbiya ko'rgan, madaniyatli va shirin so'z kishilar kabi muomala qilsalar ham uyga qaytgach tezda o'zgarib qoladilar. O'z juftlariga qo'pol muomala qiladilar, aql o'rgatishni yaxshi ko'radilar, inji va talabchan bo'lib qoladilar, buyruq berishdan nariga o'tmaydilar. O'zingizni bir imtihon qilib ko'ringchi, siz o'shandaylardan emasmisiz? Bir-biringiz bilan ko'proq muloqot qilib turing. Axir davrimiz fan-texnika taraqqiyoti davri bo'lsa, axborot har kimga radio vatelevideniye orqali oqib kelib turgan bo'lsa bunday muloqotga zarurat bormi, dersiz. Bo'lganda qanday! Ayniqsa, siz, bunga muhtojligingizni sezmayapsizmi? Keling, ochiqchasiga tan olaylik. Ishdan, jamoatdan, yumushlardan charchagan paytlaringiz, dilingizga yaqin kishingiz bilan bir «hasratlashib», «ko'ngil yozishib» o'tirgiz keladi-a? Bu odam — juftingiz bo'lsa qanday yaxshi! Bu muloqotlardan (xoh bir choynak achchiq choy ustida, xoh istirohat bog'ida yonma-yon suhbatlashib, xoh biron qahvaxonada faqat ikkovingiz yolg'iz) ko'nglingiz to'lib, yayrab ketayotganingizni sezayapsizmi? Xijolat bo'lmang. Qizarmang ham. Bu muloqotlar oqibati yaqiningiz — juftingizning yana ham yaqinlashganini, qalbingizda eng ezgu tilaklar yaralayotganini sezasis. Ha, yaqiningizning yaqinligini sezishsizda o'zingizga nisbatan kata ishonch uyg'otadi, siz unga ham kerak ekanligingizni, unga o'zingizni fido qilishga tayyorligingizni his qilasiz. Bu tuyg'ular sizga naqadar kerak!

Ha, ayol kishi hamisha oila uni quvvatlantiruvchi eng muqaddas buloq ekanini bilib turishi kerak. Faqat yaxshi narsalarnigina eslab qoling. Yaxshi narsani eslab qolish yomon narsani unutish demakdir. Faqat yaxshilikni har narsada ko'ra bilish, qadriga yeta bilish kerak. Siz kasal bo'lib qolsangiz avvalo yaqinlaringizning xotirjamligi yo'qoladi, hayot maromi buziladi. Ularning salomatligi haqida qayg'urgingiz — oilangiz, yaqinlaringiz farovonligini ta'minlaganingiz emasmi? Bir-birlaringizning ishlaringiz bilan qiziqib turing. Avvalo erini sevgan ayol erini ishga suyib kuzatadi. Bunday kuzatilgan er kuni bilan ko'p yaxshi ishlar qilishga qodir bo'ladi. O'sha yaxshi ishlarni bajarib kelgan erning ishlari bilan muntazam qiziqib, surishtirib tursangiz, ishoning, o'z g'am va tashvishlarini, quvonch va shodliklarini birovlariga ko'tarib borishiga hojat qolmaydi.

Bu qoidalarini har bir ayol o'zicha yana davom ettirishi mumkinligiga ishongan holda shu yerda to'xtatamiz. Zero har bir ayolning sehriyu mehri qirg tuyaga yuk bo'ladi deb bejiz aytishmagan. Ularning hammasini o'z baxti bekamligimizga qalqon qilishimiz ham, qurbon qilishimiz ham rost.

ASALNING TIBBIYOT VA XALQ TABOBATIDAGI O'RNI

Toshpo'latov Javohir - Pediatriya fakulteti 205- guruh talabasi
Ilmiy rahbar: Mamazulunov Nurmuhammad - Biologik kimyo kafedrasi assistenti
Andijon davlat tibbiyot instituti

Asal — nafaqat shirinlik, balki sog'liqdagi ko'plab muammolarni bartaraf etishdagi yordamchimiz ham. Asal rangi, hidi, mazasi jihatdan turlicha bo'ladi (masalan, tiniq rangli, navvot rangli va qo'ng'ir rangli). Asal turi uning qanday o'simlikdan yig'ilganidan va faslga bog'liq. Eng yaxshi asal tog' asali, chunki u turli o'simliklardan

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

yig'iladi : oq akatsiya , jo'ka (lipa) daraxti , beda , yantoq guli-dan yig'ilgan tiniq rangli asal soz asal hisoblanadi . Kanop o'simligidan yig'ilgan asal navvot rangli , grechixa o'simliginiki qo'ng'ir rangli bo'ladi. Asal oziqlik, biologik va shifobaxsh xususiyati yuqori bo'lgan oziq – ovqat mahsuloti qatoriga kiradi. Asalning shifobaxsh xususiyatga ega ekanligi juda qadim zamonlardan ma'lum. Turli kasalliklarni davolashda asalning foydali ekanligi Abu Ali Ibn Sinoning "Tib qonunlari" kitobida aytib o'tilgan. Asalning kimyoviy tarkibi nihoyatda murakkab . Unda inson hayoti uchun zarur bo'lgan yetmishdan ortiq modda bor . Asalning asosiy qismi uglevod: glyukoza va fruktozadan iborat. Shuning uchun u organizmda tez hazm bo'ladi. Asalning tarkibida fermentlar borligi sababli u shifobaxsh hisoblanadi. Chunonchi, kraxmal va destrinni qandga aylantiruvchi diastaza, qandni glyukoza va fruktozagacha parchalovchi (aylantiruvchi) invertaza, peroksid birikmalarni parchalovchi katalaza kabi fermentlar mavjud. Bulardan tashqari, asal tarkibida kalsiy, natriy kaliy, mangniy, temir, xlor, fosfor, oltingugurt, yod birikmalari, mis, rux, xrom, nikel, qo'rg'oshin, titan kabi mikroelementlar bor. Organik kislotalardan olma, sut, limon kislotalari , B2 , B6 , B1, B3, B5, BC, E, K, C vitaminlar va biostimulyator (organizmda hayotiy jarayonlarni kuchaytiruvchi modda) lar borligi aniqlangan. 1kg asalda 3150 kal. bor. Asal yana turli farmakologik ta'sirga ega. U mikroblarni o'ldiradi, 10% li asal eritmasi bilan ingalyatsiya qilinsa, nafas yo'llaridagi kasalliklarni tuzatadi.

Shuni yodda tutish kerakki, 1 yoshgacha bo'lgan bolalar va allergiyadan aziyat chekuvchilarga asal iste'mol qilish mumkin emas. Asal davolanishdagi asosiy emas, yordamchi vosita hisoblanadi. "Layfxaker" asalning siz bilmagan 12 shifobaxsh xususiyati haqidagi maqolasi bilan bo'lishdi.

1. Akneni davolash: Asalli niqob yuzdagi dog' va qizarishlardan forig' bo'lishga yordam beradi. Uni tayyorlash uchun 1 osh qoshiq asal va 1 choy qoshiq zaytun yog'ini yaxshilab aralashtirish kerak. Hosil bo'lgan massani yuzga surib, 20 daqiqadan so'ng iliq suv bilan yuvib tashlash lozim. Asal yuz terisini tozalab, unga tetiklik baxsh etadi.

2. GERKni davolash: Gastroezofagel reflyuks kasallik (GERK) — jig'ildon qaynashi bilan birga kuzatiladigan qizilo'ngach yallig'lanishi. Asal oshqozondagi kislotalilik darajasini normallashtiradi. Qizilo'ngachning shilliq qavatini yumshatish va tiklash uchun kuniga ikki marta ovqatdan bir soat oldin 1 choy qoshiq (5 ml) asal qabul qilinadi.

3. Stomatitni davolash: Asal kichik yallig'lanishlarni yengishga yordam berib, stomatit belgilarini yengillashtiradi. Paxtani suv bilan xo'llab, uni og'izdagi yaralarga tekkizing. So'ngra quruq paxtali cho'p yordamida oz miqdordagi asal bilan ishlov bering. Mazkur muolajani kuniga bir necha marta takrorlang.

4. Yo'talni davolash: 200 g iliq suvda yarim choy qoshiq qahva va 2,5 choy qoshiq asalni aralashtiring. Kuniga uch mahal qabul qiling. Asal tomoqni yumshatadi va uni dag'allikdan xalos etadi. Kofein esa bronxlarni kengaytirib, nafas olishni yengillashtiradi.

5. Ekzema va seboreya dermatitini davolash: Ekzema terining dag'allashishi, qizarishi, qichishi va tabiiyki, qonashiga olib keladi. Seboreya dermatitida xuddi shu belgilar yuzda va boshda paydo bo'ladi. Kasallik belgilarini yengillashtirish uchun har kuni jarohat joyiga asalli bog'lamani qo'yib, 3 soatga qoldiring.

6. Tumovni davolash: Asal shuningdek tumov belgilarini yengillashtirishga ham yordam beradi. Agar tumovga yo'liqqan bo'lsangiz, har uch soatda 1 osh qoshiqdan asal yeng. Asal choy esa viruslar bilan kurashda yordam berib, immunitetni mustahkamlaydi.

7. Uyqusizlikni davolash: 1 osh qoshiq asalni bir piyola sutga solib aralashtiring. Ta'm berish uchun unga vanil yoki dolchin qo'shish mumkin. Sut tarkibida melatonin va triptofan mavjud - ular tinchlantiruvchi xususiyatlarga ega bo'lib, uyquni normallashtiradi. Asal esa triptofanning miyaga tezroq yetib borishiga yordam beruvchi insulin ishlab chiqarishni rag'batlantiradi.

8. Jarohatlarni davolash: Kesilgan yoki tiralgan joyga asalli bog'lama qo'ying. Bu unga virus tushishining oldini oladi. Asal defensin-1 oqsili tufayli antibakterial xususiyatga egadir. Ushbu oqsil asalarilar immun tizimining bir qismi hisoblanadi. Shuning uchun asal bakteriyalarni quritib, yo'q qiladi.

9. Bavosilni davolash: 1 choy qoshiq asal, 50 ml zaytun yog'i va 50 g asalari mumidan maz hosil qiling. Uni dokaga surib, kuniga ikki mahaldan og'riqli joyga qo'ying. Bu og'riq, qon ketish va dag'allashuv jarayonlarini kamaytiradi.

10. Oddiy uchuqni davolash: Lab atrofidagi uchuqni davolash uchun kuniga to'rt marta asalga botirilgan bog'lama qo'ying.

11. Sport bilan shug'ullangandan keyin qayta tiklanish: Asal sport bilan shug'ullangandan keyin qondagi qand miqdorini normallashtiradi. Agar mashg'ulotlar vaqtida asal qabul qilsangiz, bu hatto sportdagi yutuqlaringizni yaxshilashi mumkin.

Shifobaxsh asalni kuniga tanovul qilishning 6 foydasi: Asal qadim zamonlardan inson tanasi uchun eng foydali mahsulotlardan biri hisoblangan. Tarkibida zaruriy fermentlarning yuqori miqdori va tabiiy asalning qarishni sekinlashtirish qobiliyati, shifobaxsh xususiyatlari uni supertaom sifatida qadrlanishiga asos bo'lgan. Hozirda, bizlar ajdodlarimiz rioya qilgan tabiiy ovqatlanish qoidalarini tiklashga urinmoqdamiz. Shunday ekan, har kuni asal (albatta tabiiysini) iste'mol qilishni kundalik hayotingizga joriy qila olsangiz, qanday ijobiy natijalarga erishish mumkinligi borasida ma'lumotlarni taqdim etamiz.

Teringiz tozalanadi. Asal tabiiy antioksidant hisoblangani bois, tananing ortiqcha toksinlardan holi bo'lishiga yordam beradi. U o'zining antibakterial xususiyatlariga ko'ra, teringizni soflashtiradi va tiniqlashtiradi.

Vazn tashlashni istaganlar ham asal tanovulini hayotlariga tatbiq etishlari mumkin. Asaldagi shakar, biz iste'mol qiluvchi oq shakar yoki qanddan farq qiladi. Shunday ekan, shokolad yoki shirin gazli ichimliklar o'miga asal yeyishga o'rganing. Natijasini tezda payqaysiz.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Qon tarkibidagi shakar miqdorini kamaytiradi. Asal haqiqatan ham katta miqdorda shakarga ega. Ammo fruktoza va glyukozaning ajoyib mutanosibligi sababli, inson tanasi qondagi shakar miqdorini mustaqil ravishda boshqara oladi. Bu hali hammasi emas. Bunga qo'shimcha ravishda, tanadagi xolesterin miqdori kamayadi.

Asaldagi flavonoidlar (inson tanasiga taom tarkibida tushib, ko'plab fermentlar faolligiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, shu sababli xalq va rasmiy tabobatda keng qo'llaniladi) va antioksidantlar yurak-qon-tomir kasalliklarining oldini olishga yordam beradi. Tadqiqotlarning ko'rsatishicha, asal xolesterinning oksidlanish jarayonini sekinlashtiradi, shu bilan insultga uchrash ehtimolini jiddiy ravishda kamaytiradi.

FIZIOLOGIK FAOL MODDALARNI SINFLASH VA ULARNING TA'SIR MEXANIZMLARI

Turdaliyev Ravshanbek - Stomatologiya fakulteti 101- guruh talabasi

Ilmiy rahbar: Mamazulunov Nurmuhammad - Biologik kimyo kafedrasida assistenti

Andijon davlat tibbiyot instituti

Fiziologik faol moddalarni sinflashda ko'pincha farmakologiya talablaridan kelib chiqiladi. Tibbiyotning dorilarga qo'yadigan talabi konkret kasallikning konkret simptomini bosish bilan bog'liq. Bu esa yangi dorivor substansiyalarini topishda ancha qiyinchiliklar tug'diradi. Sinflashda quyidagi tipik qiyinchiliklar uchrab turadi: a) sinflash obyektlarining aniq va yakuniy tavsifi yo'qligi; b) obyektlarning xossalari serko'lamligi va ularning bir-birini to'ldirishi;

Fiziologik faol moddalarni sinflashda uchta yo'l tanlash mumkin. Birinchidan, fiziologik faol moddalar ta'sir foydasi doirasi haqida ma'lumotlarni yig'ib, fikrlab bir yagona nazariy konsepsiya ishlab chiqiladi. Shuning asosida fiziologik faol moddalarni aniqlash va sinflash aniq chegaralangan xossani aniq namunaga yangi birikmani solishtirib, tegishli sinfga kiritiladi. Ikkinchidan, to'plangan empirik tajribadan foydalanib, fiziologik faol moddalarning organizmga ta'sir mexanizmini e'tiborga olmasdan, faqat ularning "foydaliligi" nuqtai-nazaridan tegishli xossalari bo'yicha sinflash mumkin. Uchinchidan, aniq maqsadga javob beruvchi pragmatik sinflash bo'yicha fiziologik faol moddalarni sinf va guruhlar bo'yicha bo'lib olish mumkin.

"Mexanizm bo'yicha" sinflaganda fiziologik faol moddalarning ta'sir mexanizmi asosida agent va nishonning o'zaro ta'sir prinsiplari pozitsiyalaridan foydalaniladi.

Retseptor ta'sirli moddalarga mediatorlar konkurentlari kirib, ular hali aniqlanmagan makromolekulyar yoki nadmolekulyar tuzilmalar ya'ni retseptorlar, aniqrog'i retseptorlarning faol markazlari bilan ta'sirlashadilar. Bunday ta'sirlashuvlar natijasi o'laroq, hujayra membranalarning turli ionlar uchun o'tkazuvchanligini va ferment sistemalari faollik darajasini (birinchi navbatda, siklaza va retseptor moddalar inaktivatsiyasida bevosita ishtirok etuvchi sistemalar) nazorat qilish imkoniyati mavjud.

Fiziologik faol moddalarning boshqa guruhiga alohida fermentlarning yoki ferment sistemalar faolligini regulyatsiya qilishda bevosita qatnashuvchi birikmalar kiritiladi. Bunda ikki tip moddalarni ajratish maqsadga muvofiq: tegishli ferment biosubstrati qatori yoki u bilan birga ta'sir qiluvchi fermentativ reaksiyalar metabolitlari; fermentning katalitik markazi kofaktorlari bilan ta'sirlashuvchi moddalar.

Yuqoridagi fiziologik faol moddalar tiplari ta'sir mexanizmi asosida tegishli agentlar ta'sirida nishonning alohida fragmentlari yoki strukturasini stabillashtiruvchi kuchlarning qayta quruvchi, o'zgartiruvchi, qayta taqsimlovchi fizik-kimyoviy jarayonlar yotadi. Shunday qilib, fermentlar katalitik markazlari va retsepsiya faol markazlarining uchlamchi, to'rtlamchi, beshlamchi strukturalaridagi o'zgarishlar mexanizmlari haqidagi tasavvurlarning keyingi rivojlanishi fiziologik faol moddalar guruhlarining har biri ichidagi mexanizmlarining navbatdagi differentsiatsiyasiga olib keladi. Ammo, retsepsiya haqidagi va hujayra fundamental fiziologiyasi haqidagi bilimlarning noaniqligi, fragmentarligi, yetishmasligi hamda senobiotiklar ta'sirining molekulyar mexanizmining turli tumanligi moddalarning bioobyektlarga ta'sir mexanizmi bo'yicha sinflashda katta, ko'pincha yengib bo'lmaydigan qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Ushbu muammoni yechishda empirik sinflash yoki uning yanadi qulayroq varianti-pragmatik sinflash yordam beradi.

Agar har bir modda uchun ommaviy tekshirishlar natijasida $\Delta r = \Delta r(\Delta C_x, \Delta t)$ va $\Delta R = \Delta R(\Delta C_x, \Delta t)$ bog'liklari asosida ta'sir tipi va o'xshashlikning asosiy chegaralari, "etalon" vektorlaridan farqi aniqlansa, bu natijalarni miqdoriy indekslar va standartlashtirilgan R va r spektrlari bilan birgalikda "biologik faollik" tushunchasini obyektivlashtirish va aniqlashtirish uchun real asos deb hisoblasa bo'ladi [$R = R_1, \dots, R_k$ -sifat va miqdoriy xossalari (parametrlar), $r_1, \dots, r_k$ -kichik sistema sifat va miqdoriy parametrlari; ΔC_x -doza (konsentratsiya) o'zgarishi; Δt -vaqt oralig'i].

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

BRONXIAL ASTMADA NAFAS TIZIMI OBSTRUKSIYASINING YURAK-QON TOMIR TIZIMIDAGI O'ZGARISHLARGA BOG'LIQLIGI

Turaqulov A.A., Oltiboyeva E.B., Allatov B.M. –tibbiy profilaktika, jamoat salomatligi va tibbiy biologiya fakulteti 3-bosqich talabalari

Ilmiy rahbar: Shodiyeva G.R. –pediatriya fakulteti ichki kasalliklar kafedrasida assistenti Samarqand davlat tibbiyot instituti

Mavzuning dolzarbligi: Bronxial astma xastaligi (BA) –zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri bo'lib, Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash tashkilotining oxirigima'lumotigako'ra 235 million bemor BA bilan og'rigan.

Mavzuning maqsadi: BA bilan hastalanganlarda o'pka ventil vasiyasi ko'rsatkichlarining yurak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlarga bog'liqligini o'rganish.

Materiallar va tadqiqotlar usullari: Ilmiy izlanish RSHTYoIMSF Terapiya bo'limida BA bilan hastalangan 90 ta bemorlar davla 10 ta sinov guruhidagi sog'lom kishilarda olib borildi. Bemorlarning yoshi 25 dan 60 yoshgacha va o'rtacha $42,58 \pm 0,72$ yoshni tashkil qildi. Bemorlarning 51 nafari erkak va 39 nafari ayol jinsiga mansub edi. Kasallik davomiyligi 53 ta bemorda 15 yil, 27 ta bemorda 10-15 yil, 10 ta bemorda 10 yildan kam davom etgan. Ilmiy izlanish davomida bemorlar 2 guruhga ajratildi: 1-guruh BA bilan hastalanganlar va yurak qon-tomir tizimida funksional o'zgarishlari mavjud bemorlar, 2-guruh BA bilan hastalangan va yurak qon-tomir tizimida o'zgarishlari mavjud bo'lmagan bemorlar. 1- guruh 73 kishini, 2-guruh 17 kishini o'z ichiga oldi. O'pka ventilyatsiyasi ko'rsatkichlari "SPIROSIFTSP-5000" apparatida aniqlandi. Exokardiografiya "BIOSET-6000" apparatida, EKG "AXION" apparatida umumiy usulda 12 standart ulanishda amalga oshirildi. O'pka ventilyatsiyasining quyidagi ko'rsatkichlari: o'pkaning tiriklik sig'imi (O'TS,l), o'pkaning qoldiq hajmi (O'QH), o'pkaning jadallashgan hayotiy sig'imi (O'JHS,l), 1 soniyada jadal chiqarilgan nafas hajmi (1 JNCHH), Tiffno indeksi (TI)-1JNCHH/O'HS, MHT 25, MHT50, MHT 75 aniqlandi. Shu bilan birga yurak devorlari holati, qorinchalar aro to'siq, klapanlar holati, qorinchalar bo'shlig'I hajmi, yurakning sistolik funksiyasi, zarb fraksiyasi o'rganildi.

Tadqiqot natijalari: BA bilan hastalangan bemorlarning barchasida spirografiya tekshiruvda 1 JNCHHning pasayishi o'rtacha $61,5 \pm 3,70\%$ dan $84,3 \pm 5,33\%$ va O'QH $93,1 \pm 5,25\%$ dan $117,4 \pm 6,01\%$ oshganligini ko'rsatdi. Barcha bemorlarda kasallik avj olgan davrda obstruktiv tipdagi ventilyatsion yetishmovchiligi aniqlandi. BA og'ir kechayotgan bemorlarda, BA o'rta og'ir kechayotgan va sog'lom kishilarga nisbatan O'TS, 1 O'JHS, TI, O'JHS, MHT 25, MHT 50, MHT 75 sezilarli darajada pasayganligini ko'rsatdi. Kasallikning davomiyligi TI ko'rsatkichining pasayishi bilan kuchsiz korrelyatsion bog'liqlik va JNCHH pasayishi bilan yaqqol korrelyatsion bog'liqlikka ega. 1-guruhdagi bemorlarda EKG o'zgarishlari: 8 holatda sinusli taxikardiya, 33 holatda o'ng qorincha gipertrofiyasi, 13 holatda chap qorincha gipertrofiyasi, 4 holatda supraventrikulyar ekstrasistoliya, 4 holatda paroksizmal taxikardiya va 8 holatda Giss tutami o'ng oyoqchasi blokadas, ishemiya, distrofik o'zgarishlar aniqlandi. ExoKG o'zgarishlaridan: o'ng bo'lmacha, o'ng qorincha bo'shlig'ining kattalashishi- 45% holatda, chap qorincha gipertrofiyasi-26% holatda, chap bo'lmachaning gipertrofiyasi- 6% holatda, zarb fraksiyasining pasayishi-15% holatda, aorta aterosklerozi aniqlandi.

Xulosa: BA ning uzoq yillar davom etishi va yurak-qon tomir tizimida o'zgarishlarning mavjudligi O'TS, 1O'JHS ko'rsatkichlarining pasayishi, bronxlar obstruksiyasining kuchayishidan dalolat beradi. BA da yurak-qontomirtizimidagi funksional o'zgarishlar bronxial astmaning og'irlik darajasiga bog'liq holda rivojlanib boradi.

YORQIN KELAJAK KALITI

Fayzillayev Saidkamol, stomatologiya fakulteti 201 guruh talabasi, Arziyeva D.T., xorijiy tillar kafedrasida kata o'qituvchisi

Agar odamlardan siz chettilini o'rganish zarurmi, deb so'rasangiz, ularning ko'pchiligi "yo'q" deb javob beradi. Ona tilidan boshqa biron-ta tilni bilmasdan bemalol yashash mumkin, deydi dikanlarancha. Ular eng yaxshi badiiy asarlar allaqachon o'zbek tiliga o'girilgan, qolganlarini o'qish uchun esa ikkinchi tilni o'rganish shart emas, deb o'ylaydi. Ammo biron-bir tilni o'rganish kerakmi-yo'qmi, degan savolga xolis javob olmoqchi bo'lsangiz, chettilini bilmaydiganlardan emas, xorijiy tilni biladigan odamdan so'rab ko'ring. Axir o'zida yo'q narsaning ahamiyati haqida kim sizga to'g'ri ma'lumot bera oladi?

Dunyoga yangicha nigoh. Har bir til o'ziga xos jihati bilan boshqalaridan ajralib turadi. Xuddi bizning tilde bo'lgani kabi boshqa tillar ham o'zida xalqning o'tmishini aks ettiradi. Til o'rganishning afzalliklarini uni mukammal o'zlashtirmaguningizcha bilolmaysiz. Xorijiy tilni o'rganish asnosida o'sha xalqning turmush tarzi, mentaliteti, dunyoqarashi bilan yaqindan tanishasiz. Bu til o'rganishni boshlagan ilk kunlaringizdanoq sezilmaydi, ammo uni yaxshi va mukammal egallaganingiz sari hayot yanada yorqin va rang-barang ekanligiga amin bo'lasiz. Zamonaviy psixologiya fani chet tilini o'rganish inson xarakterini ham qisman o'zgartiradi, degan fikrni ilgari surmoqda.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Keling, ko'p gapirmasdan til o'rganishning amaliy natijalarini sanab chiqamiz. Internet qamrovi siz uchun yanada kengayadi. Ko'pchilik bitta xorijiy tilni bilgani sababli kerakli ma'lumotlarni internetdan asosan shu tilde izlaydi. Ammo ingliz va yana bir nechta tilni bilganlar undan yuz chandon ortiq bilimga ega bo'lishi turgan gap, boisi ular uchun ilk manbalar soni bir necha o'n barobarga ko'payadi.

Globalashuv jarayoni. Shitob bilan o'zgarib borayotgan davrda avvalgidek masofa kata rol o'ynamaydi. Yildan-yilga sayohat qiluvchilar soni ortib bormoqda. Ularning safiga qo'shilganingizda, ziyorat qilgan osori-atika to'g'risida mahalliy gid bilan tarjimonsiz suhbatlashishga nima yetsin!

Chet tilini o'rganayotganingizda, ilgari sezmaganingiz yoki parvo qilmaganingiz – atrofingizda muhojirlar ko'pligini payqab qolasiz. Tanishuv mustahkam do'stlikka aylansa, dunyoning narigi burchagida ham sizni tushunadigan odamning borligi bepoyon Yer sharini bahaybat va begona emas, yaqin qiladi.

Til o'rganish fikrlash qobiliyatini yaxshilaydi. Qabrgacha ilm izlang, deya murojaat qilinadi hadisda. Britaniyalik olimlarning aniqlashicha, ikkinchi tilni o'rganish miyaning nutqiy ravonlikni ta'minlovchi qismini rivojlantiradi. Til o'rganishga qancha erta kirishsangiz, ravon va chiroyli gapirishingiz ham shuncha yaxshilanadi. Bir so'z bilan aytganda hozirgi kunda chet tilini o'rganish juda ham muhim. Zero, "Til bilgan - el biladi" deb bejiz aytmagan.

OILANING TINCHLIGI JAMIYAT VA DAVLATNING BARQARORLIGI YO'LIDA

Doston Xamidov, 3-bosqich "Ijtimoiy-madaniy faoliyat" ta'lim yo'nalishi talabasi

Ilmiy rahbar: Hamdam Ismoilov "Tillar va adabiyot" kafedrasini mudiri,

filologiya fanlari nomzodi, dotsent

O'zbekiston davlat san'at va madaniyat instituti

Oilaning tinchligi jamiyat va davlatning barqarorligi, onalik va bolalik avlodlar bardavomligining muhim omilidir. Mustaqillik tufayli ular yangicha ma'no-mazmun kasb etdi. Bunda oila, onalik va bolalikni muhofaza qilishning huquqiy asoslarini yaratish, onalar va bolalar huquqlarini kafolatlash, oilalar barqarorligini ta'minlashga erishishga alohida e'tibor qaratildi. O'zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasining 63-moddasida qayd etilganidek, oila jamiyatning asosiy bo'g'inidir hamda jamiyat va davlat muhofazasida bo'lish huquqiga ega. 65-moddada onalik va bolalik davlat tomonidan muhofaza qilinishi belgilab qo'yilgan. "O'zbekiston Respublikasida yoshlarga oid davlat siyosati asoslari to'g'risida"gi, "Bola huquqlarining kafolatlari to'g'risida"gi qonunlarning qabul qilingani, "Sog'lom avlod uchun" ordeni ta'sis etilgani, BMTning "Bola huquqlari to'g'risida"gi konvensiyasi ratifikatsiya qilingani ham oila, onalik va bolalik muhofazasini yanada kuchaytirdi. Xalqimizning ezgu maqsadlari zahirida farzandlarimizni jismonan sog'lom, ma'nan etuk insonlar qilib o'stirish, ularning baxtu saodati, farovon kelajagini ko'rish, dunyoda hech kimdan kam bo'lmaydigan avlodni tarbiyalash orzusi turadi. Shoir topib aytgan: dunyoda bolam deb yashaydi o'zbek! Chindan ham, har qaysi ota-ona o'z bolasining sog'lom va barkamol, aql-zakovatli, baxtli bo'lishini istaydi. Shunday farzandni voyaga etkazish, uning hayotda munosib o'rin egallashiga erishish ota-onaning eng ulug', eng muqaddas orzusidir.

Mutaxassislarining fikricha, sog'lom bolaning dunyoga kelishi, baquvvat bo'lib o'sib-ulg'ayishi avvalo onaning sog'lig'iga bog'liq. Bo'lg'usi ona dilbandini to'qqiz oy o'z bag'rida asrab-avaylab, yorug' dunyoga keltiradi. Mazkur jarayonda ayol qanday kunlarni, qanday ruhiy holatni boshidan kechirsa, bu albatta ona vujudi orqali homilaga ta'sir o'tkazadi. Homilador ayolning ruhiy-fiziologik holati meyorida bo'lishini ta'minlash uchun ularga berilayotgan taomning ratsioni, sifati va kaloriyasiga jiddiy e'tibor qaratish lozim. Ma'lumotlarga ko'ra, bugungi kunda dunyoda 840 milliondan ortiq kishi, ya'ni qariyb har sakkiz odamning biri to'yib ovqatlanmayapti, dunyo aholisining 30 foizidan ko'prog'i to'liq ovqatlanmaslik, eng asosiy mikroelement va vitaminlar etishmasligi muammosini boshdan kechirmoqda. Shu bois 160 milliondan ortiq bola bo'yining o'sishi, jismoniy va intellektual rivojlanishiga doir kamchiliklardan aziyat chekmoqda. Jahon g'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga qaraganda, bugungi kunda rivojlanayotgan mamlakatlarda bir kishi uchun tavsiya etilgan kundalik 400 gramm o'rniga bor-yo'g'i 150-200 gramm meva-sabzavot iste'mol qilinmoqda.

Vaholanki, xalqaro dietologlarning tavsiyasiga ko'ra, inson iste'mol qiladigan oziq-ovqatning kamida 50 foizini meva-sabzavot tashkil etishi zarur. Mamlakatimizda aholining sifatli oziq-ovqat mahsulotlariga bo'lgan ehtiyojini uzluksiz ta'minlash, onalar va bolalarni talab darajasida parvarish qilish, ularning ovqat ratsioni, uning sifati va kaloriyasini oshirish borasida qilinayotgan ishlar aholi, avvalo, bolalar salomatligini tubdan yaxshilashga ijobiy ta'sir ko'rsatmoqda. Masalan, so'nggi 10 yilda vazni tibbiyotda ko'zda tutilgan me'yordan kam bo'lgan bolalar soni ikki barobardan ziyod, ya'ni 4 foizdan 1,8 foizga qisqardi, ularning bo'yi o'rtacha 3 santimetrga o'sdi. Farzandlarimizni har tomonlama sog'lom insonlar etib voyaga etkazish qon-qonimizga singib ketgan. Sog'lom avlod tarbiyasini sportsiz tasavvur etib bo'lmaydi. Zero, sport – insonning xarakterini toblaydi, qalbida o'z xalqi, yurti bilan faxrlanish tuyg'ularini yuksaltiradi. Yosh avlodning jismonan va ma'nan etuk insonlar bo'lib ulg'ayishi, sport bilan muntazam shug'ullanishi, iste'dod va salohiyatini namoyon etishi uchun yaratilgan keng sharoitlar ham o'zining yuksak samaralarini bermoqda. Kelajagimiz vorislarining o'qib-o'rganishlari, tinmay izlanishlari, o'z ustida ishlashlari, fan-texnika imkoniyatlaridan har tomonlama samarali foydalanishlari uchun yangidan barpo etilgan maktab, akademik litsey, kasb-hunar kollejlari hamda universitetlarda yaratilgan zamonaviy shart-sharoitlar haqida-ku ortiqcha tafsilotga berilishning hojati yo'q. Chunki bunday ko'lamdor ishlarning beqiyos natijalarini bugun ushbu

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ta'lim muassasalarida tahsil olgan yoki o'qiyotgan yoshlarimiz erishayotgan yutuqlarni deyarli har kuni ko'rib turibmiz. Yana bir muhim jihat: sog'lom tushunchasiga keng ma'noda qarash va yondashish lozim. "Biz sog'lom bola deganda nafaqat jismoniy, balki ma'naviy jihatdan ham sog'lom bolani o'zimizga tasavur etamiz", deb ta'kidladi davlatimiz rahbari. Darhaqiqat, jismoniy va ma'naviy sog'lom farzand ota-onaning baxti. Demak, jamiyatning baxti. Shu bois bolaning yo jismonan, yo ruhan nogiron bo'lib tug'ilishiga olib kelishi mumkin bo'lgan holatlarni bartaraf etish uchun barcha chora-tadbirlar ko'rilmogda. Bular – erta turmush qurish va yaqin qarindoshlar o'rtasidagi nikohning oldini olish, nikohga kiruvchilarning sog'ligini tibbiy ko'rikdan o'tkazish kabi g'oyat muhim masalalardir. e'tibor qaratilayotir. Prezidentimiz tashabbusi bilan Bolalar sportini rivojlantirish jamg'armasi tuzilgani va ushbu jamg'arma homiylik kengashining raisi davlatimiz rahbarining o'zi ekani bu masalaga naqadar jiddiy e'tibor qaratilayotganini yaqqol ko'rsatib turibdi. Bunday xolat, ya'ni bolalar sportini rivojlantirish bo'yicha maxsus jamg'arma tashkil etilishi va davlat rahbarining o'zi unga mas'ul bo'lishi dunyoning hech bir mamlakatida kuzatilmaydi. Bugungi kunda bolalarni, jumladan, qizlarni sportga jalb etish ommaviy tus oldi. Zero, mazkur jamg'armani tuzishdan asosiy maqsad ham ana shu – bolalarning sport bilan shug'ullanishini odat tusiga kiritish, shu orqali sog'lom avlod tarbiyasini yo'lga qo'yishdir. Ushbu ezgu niyatlarni amalga oshirish uchun nainki poytaxtimizda yoxud viloyatlar markazlarida, balki uzoq-uzoq qishloqlarda ham zamonaviy sport inshootlari qurildi va qurilmogda. Ular sport inventarlari va jihozlari bilan ta'minlangan. Eng asosiysi, ushbu sport maskanlaridan foydalanish koeffitsenti yildan yilga oshib borayotir.

Ana shunday e'tibor va g'amxo'rlik samarasida o'g'il-qizlarimiz sportning turli yo'nalishlari bo'yicha Osiyo va jahon chempionatlarida, Olimpiya o'yinlarida yuqori natijalarni qo'lga kiritmogda. Ertasini o'ylagan xalq farzandlari sog'ligi va tarbiyasiga ustuvor vazifa sifatida qaraydi. Bu yo'lda vaqtini ham, mablag'ni ham – hech narsani ayamaydi. Buni O'zbekistonda mustaqillik yillarida amalga oshirilgan betimsol ishlar va uning ulkan natijalari oynadek ko'rsatib turibdi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tomonidan O'zbekistonning bu boradagi boy tajribasi ko'plab davlatlar uchun namuna sifatida tavsiya etilgani ham bejiz emas. Bolaning har jihatdan sog'lom ulg'ayishi, uning yorug' kelajagini ta'minlash bir oylik, yoki bir yillik ish emas. Bu – uzluksiz jarayon. Zero, inson bor ekan, farzand dunyoga keladi, farzand tug'ilar ekan, uning o'ziga xos quvonchu tashvishlari ham bo'ladi. Balki inson hayotining mazmuni shudir...

Mustaqillikning ilk yillarida tug'ilgan bolalar yigirmadan oshdi. Ular bilan suhbatlashib ko'ring-a. Sobiq tuzum davridagi yigirma yoshli bola bilan bugungi yigirma yoshli o'g'il-qizlarning dunyoqarashi, fikrlash tarzi, rangi-ro'yi, qaddi-qomati, yurish-turishi keskin farq qiladi. Hozirgi yoshlarda ichki dadillik, o'ziga, ertasiga ishonch, qat'iyat bor. O'zining fikrini erkin ifoda eta oladi, mustaqil fikrlaydi. Kim nima desa ergashib ketavermaydi. Chunki ularning nasl-nasabi toza, bu yorug' olamga kelib ilk bor tatigani o'z onasining suti. Ular sog'lom onalarning bolalari. Ular – istiqolol farzandlari. Bugungi yoshlar el-yurt taqdiri, Vatan kelajagi uchun daxldorlik tuyg'usini anglagan, bu yo'lda mas'uliyatni o'z zimmasiga olishga qodir yoshlardir. Ular jamiyatimizda hal qiluvchi kuch sifatida maydonga chiqmogda. Ana shunday yoshlari bor mamlakat taraqqiyot yo'lidan izchil borishiga, dunyoda hech kimdan kam bo'lmasligiga shubha yo'q. *Prezidentimiz Birlashgan Millatlar Tashkiloti Bosh Assambleyasining 75-sessiyasida har bir insonning asosiy huquq va erkinliklarini, salomatligi hamda farovonligini ta'minlaydigan adolatli global tizimni birgalikda yaratish tashabbusini ilgari surdi. Bu bejiz emas. Chunki bugun mamlakatimiz oldida turgan eng muhim vazifa ham xalqchil, adolatparvar jamiyatni vujudga keltirish, fuqarolar manfaatlarini muhofaza qilish, tadbirkorlikni qo'llab-quvvatlash orqali oilalar farovonligini kafolatlash sanaladi. Bunday jamiyat poydevorini esa, eng avvalo, boy va badavlat, mehnat qadrini biladigan, ma'naviy sog'lom hamda madaniy saviyasi baland minglab va millionlab oilalar tashkil etadi. Shu bois yurtimizda oilaga muntazam ravishda g'amxo'rlik qilish, unga har taraflama moddiy hamda ma'naviy ko'mak berish borasida keng ko'lamli sa'y-harakatlar olib borilmogda.* Ayonki, oilalar farzandlar soni, ularning sog'lom, bilimli, odobli bo'lib yetishishlari uchun xarajatlarni o'z daromadlaridan kelib chiqqan holda sarflaydi. Odatda bu xarajatlarning bir qismini davlat ko'taradi. Bular tibbiyot, maorif, sport, ta'lim kabilardir. Qolgan xarajatlarni ota-onalarning o'zlari amalga oshiradi. Bozor iqtisodiyotiga o'tilishi bilan birga, ana shu xarajatlarda oilaning hissasi tobora ortib bormogda. Demakki, oiladagi farovonlikni ta'minlash uchun tovar va xizmatlar yaratish, oilaviy biznes, ya'ni mulk egasi sifatida individual ishlab chiqarishni tashkil etish muhim ahamiyatga ega. Oila iqtisodiyoti, uning farovonligi oilada mehnatga layoqatli a'zolar mavjudligi, ularning tadbirkorligi, bilimi, iqtidoriga ko'p jihatdan bog'liq. Bu mehnat bilan topilgan mol-mulk hamda tejamkorlik yo'li bilan yig'ilgan moddiy ne'matlardan iborat bo'lgani sababli, ana shu ne'matlarni yaratishda iqtisodiy bilim muhim o'rin tutadi. Shuning uchun biz nafaqat halol, ma'nan yuksak, balki kelajakda yaxshi xo'jalik yurituvchi insonni tarbiyalashimiz zarur. Shu o'rinda alohida qayd etish joiz, hozirgi vaqtda Prezidentimiz qarori bilan tasdiqlangan O'zbekiston Respublikasida oila institutini mustahkamlash konsepsiyasi va uni amalga oshirish bo'yicha "Yo'l xaritasi" doirasida ham muayyan ishlar ro'yobga chiqarilmogda. Binobarin, ushbu konsepsiyani amalga oshirishdan ko'zlangan asosiy maqsad mamlakatimizdagi har bir oilaning huquq hamda manfaatlarini to'liq ro'yobga chiqarish, ular uchun munosib turmush sharoitini yaratish, oilaviy munosabatlar muvozanatini ta'minlash, oila farovonligini oshirish, muxtasar aytganda, oila institutini har tomonlama qo'llab-quvvatlagan holda, davlatimizning izchil va barqaror taraqqiyotiga erishishdir. Oila jamiyatning asosiy bo'g'ini ekan, uning mustahkam bo'lishi, farovonligi uchun ko'rilayotgan chora-tadbirlarning samaradorligini oshirish maqsadga muvofiq. Zero, yurtimiz va jamiyatimiz ravnaqi oilalar tinchligi hamda iqtisodiy barqarorligiga bevosita bog'liq.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

SARS-COV-2 KORONAVIRUSINING DIAGNOSTIKASI. MAXSUS LABORATOR TEKSHIRUVLAR

Xilolidinov X.X. – Davolash fakulteti 2-bosqich talabasi
Ilmiy rahbar: Bokiye M.M.- Biologik kimyo kafedrasasi assistenti
Andijon davlat tibbiyot instituti

COVID-19ni tashhislashda qonning umumiy tahlili o'tkaziladi. Kasallikning o'rta va og'ir darajalarida leykopeniya, limfopeniya va trombositopeniya kuzatiladi. Qonning biokimyoviy tahlilida boshqa a'zolar faoliyati buzilishini anglatuvchi laborator ko'rsatkichlar, xususan, jigar aminotransferazalari, bilirubin, mochevina, kreatinin, albumin, laktatdehidrogenaza, troponin, ferritin, S - reaktiv oqsili miqdorini o'zgarishi aniqlanadi. S-reaktiv oqsili organizmdagi yallig'lanish jarayonlarini anglatuvchi markerlardan biri bo'lib, uning qon zardobidagi miqdorini referens ko'rsatkichlardan oshishi o'pkadagi jarayon faolligini ko'rsatadi.

Biokimyoviy laborator ko'rsatkichlardagi og'ishlar kasallikning turli asoratlari xavfini barvaqt aniqlash, uning kechishi hamda buyurilgan dori vositalari samaradorligini baholash imkonini beradi. Qonning ivish tizimida giperkoagulyatsion sindrom (giperfibrinogenemiya, qon ivish vaqti, protrombin va faollashgan tromboplastin vaqtlarining qisqarishi, protrombin indeksi hamda D — dimer ko'rsatkichlarining referens ko'rsatkichlardan oshishi)ni aniqlanishi o'z vaqtida antikoagulyant davo buyurilishi uchun muhim omil bo'lib xizmat qiladi. Yana yallig'lanish belgilaridan biri bu qon zardobidagi *prokalsitonin* miqdori. COVID-19 infeksiyasida uning miqdori referens ko'rsatkichlarining yuqori *chegarasida bo'ladi*. Jarayonga bakterial infeksiyaning qo'shilishi uning qon zardobidagi miqdorini me'yoriy ko'rsatkichlardan oshishiga olib keladi.

Asboby tekshirishlardan pulsoksimetriya, elektrokardiogramma, o'pkaning kompyuter tomografiya tekshiruvi o'tkaziladi. Pulsoksimetriya orqali qonning kislorod bilan to'yinganligi - CO₂ aniqlanib, nafas yetishmovchiligi darajasi va gipoksemiya holati baholanadi. Alohida ko'rsatmalarga nuvofiq, qonning gaz tarkibi tekshiriladi. EKG tekshiruvi COVID-19 bo'yicha muhim ma'lumotlar bermasada, *yoshi* keksalarda kasallik oqibatida turli ritm buzilishlari yuzaga kelishi va kuchayib borishi *mumkinligi*, ayrim antibakterial dori vositalarini yurakning o'tqazuvchanlik tizimiga salbiy ta'sir qilishini inobatga olib, kasallikni kechishida ushbu tekshiruvni bajarilishi maqsadga muvofiq hisobalanadi.

O'pkaning kompyuter tomografiya tekshiruvi, asosan, kasallik boshlangandan so'ng 6-8 kun o'tgach o'tkazilishi maqsadga muvofiq. Chunki uning ilk belgilari boshlanganda ushbu tekshirishni *o'tkazilishi* yetarlicha ma'lumot bermaydi, aksincha bemorlarni ortiqcha nurlanishiga sabab bo'ladi. O'pka kompyuter tomografiya tekshiruvda bemorlarda COVID-19 ga xos belgi - "shishgan oyna" o'choqlari aniqlanadi. O'choqlar, asosan, periferik sohalarida joylashgan bo'lib, butun o'pka bo'laklarini qamrab olishi mumkin.

COVID-19ni tashhislashda umumklinika laborator tahlillar va asboby tekshiruvlar bilan bir qatordagi maxsus laborator tekshirishlar o'tkazilishi kerak:

Biologik materialni real vaqt (Real Time) tartibida virus RNKni PZR usuli yordamida aniqlash; SARS-CoV-2 koronavirusi antigenini immunoxromatografik usulda aniqlash; SARS-CoV-2 koronavirusiga nisbatan organizmda hosil bo'lgan M va G immunoglobulinlarni respirator infeksiyasi klinik belgilari mavjud yoki ushbu kasallikka shubha bo'lgan hamda bemor bilan muloqotda bo'lgan shaxslarda SARS-CoV-2 koronavirusi RNK PZR aniqlanadi. PZR usulida tekshirish o'tkazish uchun bemorning tomog'i va halqumidan olingan, fibrobronxoskopiya tekshiruvi paytida bronxlarni yuvishda ishlatilgan suv (bronxoal-avaj), endotraxeal va nazofaringial aspirat, balg'am, qon, ahlat (ichak disfunktsiyasida), *biopsiya* va *autopsiya* na'munalari biologik material hisoblanadi. Klinik amaliyotda tekshirish uchun, asosan, bemorning tomog'i va halqumidan olingan surtmadan asosiy material *sifatida* foydalaniladi.

Xulosa o'rnida koronavirus infeksiyasi inson organizmiga tushganda immun tanqisligiga olib keladi, bunda leykopeniya, limfotsit miqdorining kamayishi va boshqa qon shaklli elementlari funksiyasining kamayishi hamda suyak kemigida eritrotsitlar, gem hosil bo'lishi pastlaydi, o'z navbatida kislorodga bo'lgan ehtiyoj ortadi.

KORONAVIRUS INFEKSIYASI VA UNDA ICHKI A'ZOLARNING YALLIG'LANISHI

Xilolidinov X.X. – Davolash fakulteti 2-bosqich talabasi
Ilmiy rahbar: Bokiye M.M.- Biologik kimyo kafedrasasi assistenti
Andijon davlat tibbiyot instituti

Koronaviruslar (Coronaviridae)-bu RNK saqlovchi viruslarning katta oilasi bo'lib, ular bilan odamlar va ayrim hayvonlar zararlanadi. Hozirgi kunda koronaviruslarning 4 vakili (UCoV-229E, -OC43, -NL63 va -HKU1) sirkulyatsiyasi aholi orasida ma'lum. Ular yil davomida yuqori nafas yo'llarini yengil va o'rta og'irlikda shikastlaydigan o'tkir respirator virusli infeksiya (O'RKVI) hisoblanadi. Koronaviruslar odamlarda qator xastaliklar-yengil shakldagi o'tkir respirator infeksiyadan to og'ir o'tkir respirator distress sindrom (O'RDS) ni chaqirishi mumkin. Kasallik ko'pincha bemorlarda o'pkani ikki tomonlama shikastlab, giperkoagulyatsion va tronboembolik sindrom rivojlanishi bilan kechadi. Yangi koronavirus infeksiyasi nafaqat o'pkani, balki boshqa a'zolar, jumladan, markaziy asab tizimi, yurak, jigar, oshqozon-ichaklar, buyrak va endokrin hamda immun tizimini shikastlab, ular faoliyatining qisman yoki to'liq buzilishi, sepsis va septik shok holatlari rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Kasallik etiologiyasi va patogenezini. Bugungi kunda o'tkazilgan serologik va filogenetik tahlillar natijasiga ko'ra, koronaviruslarning 4 avlodi farqlanmoqda: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus va Deltacoronavirus. Ma'lumki, aksariyat koronaviruslarning tabiiy "xo'jayin"lari sut emizuvchilar hisoblanadi. Yangi koronavirus [Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti(JSST)2020-yil 12-yanvarda ushbu virusni vaqtinchalik 2019-nCoV deb nomlangan, so'ngra 2020-yilning 11-fevralida unga rasman Yangi koronavirus-COVID-19 (Coronavirus disease 2019) deb nom berilgan] Be-ta-CoV B liniyasi bo'yicha Coronaviridae oilasi kirib, bir zanjirli RNK saqlovchi virus hisoblanadi.

Toksonomiya bo'yicha xalqaro qo'mita 2020-yilning 11-fevralida Yangi koronavirus infeksiyasini qo'zg'atuvchisi SARS-CoV-2 koronavirusi ekanligini ma'lum qildi. Virus patogenligi bo'yicha ushbu oilaning boshqa vakillari (SARS-CoV, MERS-CoV viruslari) kabi II guruhga kiradi. SARS-CoV-2 koronavirusi ko'rshapalaklar va boshqa noma'lum koronaviruslar o'rtasidagi recombinant virus hisoblanib, undagi genetik ketma-ketlik SARS-CoV koronavirusining genetik tuzilishiga 70 foizga yaqin o'xshashligi aniqlangan. Bugungi kunda virus hujayraga kirishining ikki yo'li farqlanmoqda.

Uning ta'siri angiotenzinga aylantiruvchi ferment 2 (ACE 2) retseptori yoki hujayra membranasidagi CD 147 deb nomlangan glikoprotein orqali amalga oshiriladi. ACE 2 orqali ta'sir yo'lini quyidagicha tasavvur qilish mumkin: virus shohidagi S - oqsil o'zini tuzilishiga ko'ra, ACE2 ga o'xshab ketadi, shu tufayli virus ACE 2 retseptorlari bilan muvaffaqiyatli bog'lanadi(ushbu retseptorlar o'pkaning alveolotsitlarida ko'p uchraydi).Virus va retseptorlarning o'zaro ta'siri S2 moddasi orqali amalga oshiriladi. So'ngra virus o'z RNKni hujayra ichiga oson joylashtiradi, biroq virus majmuasi bilan hujayra membranasini invaginatsiyasini ta'minlovchi molekula hozircha fanda ma'lum emas. Virusning CD147 retseptori orqali hujayraga ta'siri ham xuddi ACE 2 ta'sir yo'liga o'xshash amalga oshiriladi. CD 147 retseptori immunoglobulinlar oilasiga kiradi. Virusning makroorganizm bilan har ikkala yo'l orqali bog'lanishida uning tikonsimon S-oqsili muhim o'rin tutadi. Uning qobig'iga birikkan ushbu oqsil o'tkir uchli uch shoxli glikoproteindan iborat bo'lib, u uchta: ektodomen, membrana qobig'i va hujayra ichidagi qisqa dumli domenlardan tashkil topgan.

Xulosa o'rnida bu virus infeksiyasi RNK saqlovchi viruslar guruhiga kirib, hujayra membrane retseptorlari bilan aloqaga mustahkam kirishi tufayli boshqa viruslardan ustun turadi. Bu virus hujayrada tarqalishi va miqdori ikki barobarga ortib ketishi, kurtaklanish usuli bilan hujayradan chiqib ketadi. Buning natijasida mutatsiyaga uchraydi, har qanday sharoitga shu tufayli moslashadi.

VAAKUMLI EKSTRAKTOR YORDAMIDA O'SIMLIK EKSTRAKTLARI ISHLAB CHIQARISH

Shokirov A. – Andijon davlat tibbiyot institutei farmatsiya yo'nalishi talabasi

Razzoqov Z.-Andijon davlat universiteti talabasi

Ilmiy rahbarlar: Mamajonov M, Razzoqov N.

Ekstrakt olish xom ashyo yig'ib olishdan boshlanadi. Tadqiqot olib boruvchi, o'simlik xom ashyosini yig'ib olish jarayonida dorivor moddalar konsentratsiyasi, tashqi muhit va o'simlik holatiga bog'liqligini e'tiborga olishi kerak hamda quyidagi tartibda tayyorlanadi:

- 1.O'simlikni yig'ib olish.
- 2.Yuvish.
- 3.Quritish.
4. Maydalash.

O'simlik xom ashyosi tayyor bo'lgandan so'ng, ekstraktorni sozlab ishchi holatga keltirib olish kerak. Biz dastgohni TQ-300 modelidan foydalandik.

Ekstragent tanlash: Ekstraksiya jarayoni uchun ajratib olinadigan moddalarning (o'simliklar tarkibida 85 farmakologik guruhga kiruvchi dorivor moddalar bor) fizik va kimyoviy xususiyatlaridan kelib chiqib, ekstragent tanlanadi[1]. Ko'pincha suv-etanolning turli nisbatdagi aralashmasidan foydalaniladi. Modda xossalaridan, ekstraktorning turidan kelib chiqib qutbli, qutbsiz erituvchilar bilan jarayon amalga oshiriladi. Jarayon quyidagi tartibda boradi. Ekstraktor qozoniga o'simlik va ekstragent 1:10 nisbatda joylashtiriladi. Qozon qopqoqlari germetik berkitiladi, hisoblangan harorat belgilanadi. Belgilangan vaqt o'tgandan so'ng ekstrakt ikkinchi- konsentrat olish qozoniga o'tkaziladi. Ekstragentning fizik xususiyatlaridan kelib chiqib, vacuum nasosi yordamida konsentrat ichidagi bosim kamaytiriladi va hisoblangan harorat belgilanadi. Ekstragent bug'lanib, dori moddalarining konsentrlangan eritmasi –konsentrat hosil bo'ladi. Bunda dorivor moddalar parchalanib ketmaydi. Konsentrat yetarli konsistensiyaga ega bo'lgandan so'ng, qozon ichidagi bosim atmosfera bosimiga tenglash tiriladi, isitgich o'chiriladi. Qozon sovugandan so'ng, maxsus qozon ostidagi jo'mrak yordamida konsentrat quyib olinadi. Uchinchi kondensator qozonga ekstragent yig'ib olinib, qaytarib birinchi –ekstrakt qozoniga quyiladi va yuqoridagi ishlar qayta bajariladi.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ИЛК ЁШДАГИ ЎТКИР ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ КАСАЛЛИГИ БОР БОЛАЛАРДА ЗОТИЛЖАМНИНГ КЛИНИК-РЕНТГЕНОЛОГИК КЕЧИШИ

Д.Б.Абдуллаев - Андижон давлат тиббиёт институти

Илмий раҳбар: А.Л.Алиев т.ф.д., профессор

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Амалиётга кенг доирада таъсир қилувчи кучли антимикроб препаратларини тадбиқ қилиш, даволашни ушлаб турадиган умумий режим ва профилактика тадбирларининг борлигига қарамасдан ўткир герпетик стоматити бор болаларда зотилжам оғир кечмоқда. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватлари касалликлари орасида герпетик табиатли патологик жараён олдинги ўринларда туради. Болаларда энг кўп ташхисланадиган оғиз бўшлиғи касаллиги, уни 85% ташкил қиладиган ўткир герпетик стоматитдир (ЎГС).

Тадқиқот мақсади. Ўткир герпетик стоматит (ЎГС) касаллиги бор болаларда зотилжамни дифференциал ташхислаш мезонлари ва унинг кечишини ўрганиш.

Материал ва услублар. Ушбу ишда ЎГС стоматит касаллиги бор 27 та болалар (асосий гуруҳ) ва бундай касаллик ривожланмаган, шунингдек тўла даволаниши лозим бўлган ўчоқли-қўшилиувчан зотилжам билан оғриган 30 та бода (назорат гуруҳи) ўрганилди.

Натижалар. ЎГС бор зотилжам билан оғриган бемор болаларнинг 23,5% и 6 ойгача, 53,1% 1 ёшгача, 33,4% и 2 ёшгача бўлган.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги (ОБШҚ) ўзгаришларга қараб касалликнинг кечиши учта даражага бўлинади: энгил, ўрта, оғир. Бизнинг кузатувимиздаги бемор болалар ўрта даражаси оғирликда бўлдилар. ЎГС кўринарли интоксикация ва ОБШҚ ўзгаришлари билан кечди. Болаларда ЎГС клиник кўриниши ва оғирлик даражаси асосан умумий симптомлар (интоксикация даражаси) ва маҳаллий (оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги) ўзгаришларга қараб баҳоланди.

Кузатувимиздаги (асосий гуруҳ) ЎГС бор болаларда ошқозон ичак тизимидаги ўзгаришлар эътиборга лойиқ бўлди. Ичак синдроми касаллик бошланиши билан ёки касалхонага тушган 2-кундан кейин ва касалликнинг ўткир даврида асосий симптом сифатида қолди.

Кўкрак қафаси рентгенографиясида асосий гуруҳдаги бемор болаларнинг 70,3% и да икки томонлама ўчоқли, 20,7% и да ўнг томонлама, 4,6% и да чап томонлама, 4,4% и да сегментар зотилжам аниқланди.

Назорат гуруҳидаги бемор болаларда эса икки томонлама ўчоқли (74,3%), ўнг томонлама (19,7%), чап томонлама (4,2%), сегментар (1,8%) рентгенологик ўзгаришлар хос бўлди.

Хулосалар. ЎГС бор болаларда ўткир зотилжам оғир кечиши билан ажралиб туради, айниқса бу беморларда ошқозон ичак тизимида ўзгаришлар кузатилиб, у зотилжамнинг кечишини оғирлаштиради. Бу эса бизга ЎГС зотилжам билан бирга келганда янада чуқурроқ ўрганишга, янги даволаш тадбирларини кўпроқ қўллашга ва шунингдек ЎГС касаллиги бор болаларда зотилжамни даволаш жараёнига кенгрок ёндашиш кераклигини кўрсатади.

ПИРИМИДИНЛИ НУКЛЕОТИДЛАР ПАРЧАЛАНИШИ ВА СИНТЕЗИ

Абдуллаев Ж.О.- Стоматология факултети 2 -босқич талабаси

Илмий раҳбари: Бокиев М.М.-Биологик кимё кафедраси ассистенти

Андижон давлат тиббиёт институти

Цитидил нуклеотидлар гидролизланиши натижасида аминогуруҳни йўқотиб, УМФ айланади. УМФ нуклеотидаза (ёки фосфатаза) ва уридинфосфорилаза таъсирида анорганик фосфор ва рибоза ажралиб чиқади, азот асоси – урацил ҳосил бўлади. Дезоксинуклеотидлар ҳам шу йўл билан парчаланади, dУМФ дан урацил, dТМФ — тимин ҳосил бўлади.

Пиримидин асослар дигидропиримидиндегидрогеназлар иштирокида 2 водородни 2 атом водород бириктириб, дигидроурацилга ёки дигидротиминга айланади. Иккала гетероцикл сув иштирокида ва дигидропиримидинциклогидролаза дигидроурацил β -уреидопропион кислота, дигидротимин — в β -уреидоизомой кислота ҳосил қилади. Иккала β -уреидохосилалар уреидопропионаза таъсирида CO_2 , NH_4^+ ва β -аланин ёки β -аминоизомой кислота ҳосил бўлади.

β -аланин қон зардобини ва кўпчилик тўқималарда бўлиб, мушакларда дипептид: карнозин ва анзерин ҳосил қилишда, ичак микрофлораси таъсирида – пантотен кислота ва КоА ҳосил қилишда қатнашади. β -аланин альфа-кетоглутаран билан трансаминланиб, β -аминбутират ва малонил полуальдегид ёки метилмалонил полуальдегид, улар эса малонил-КоА ва сукцинил-КоА ҳосил қилиб, метаболик жараёнларга киради ва CO_2 ва H_2O парчаланади. β -амино-бутират қисман сийдик билан экскрецияланади. Хайвон тўқималарида β -аланин ва пирозум кислотаси ўртасидаги трансаминланиш реакциясини катализловчи махсус аминотрансфераза очилган. Ҳосил бўлган формилацетат оксидланиш билан боровчи декарбоксилланишга учрайди, натижада карбонат ангидриди ва ацетил-КоА ҳосил бўлади.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Пиримидинли нуклеотидларнинг пиримидин ядроси углерод диоксида, глутаминамид группаси, аспарагинат кислотадан ҳосил бўлади. Бир нечта кетма-кет реакциялар натижасида уридинмонофосфат синтезланади, бу модда бошқа пиримидинли нуклеотидлар цитидинтрифосфат ва тимидинтрифосфат ўтмишдоши бўлиб хизмат қилади. Реакциялар қуйидаги тартибда кетади:

1. Карбамоилфосфат синтези карбамоилфосфатсинтаза–II ёрдамида катализланади
карбамоилфосфатсинтаза
$$\text{CO}_2 + \text{глю} - \text{NH}_2 + 2\text{АТФ} \longrightarrow \text{H}_2 \text{N-CO-O-} \Phi + \text{глю} + 2\text{АДФ} + \text{ФН}.$$
 2. Карбамоилфосфат аспартаткарбамоилтрансфераза иштирокида аспарагин кислота билан реакцияга киради. Бу фермент аллостерик фермент бўлиб, ЦТФ унинг ингибитори, АТФ эса активаторидир.
 3. Дигидрооротаза ферменти иштирокида дигидрооротат кислота ҳосил бўлиши билан циклик ҳалқа ҳосил бўлади.
 4. НАД-сақловчи дигидрооротатдегидрогеназа иштирокида дигидрооротат кислота дигидрогенланади ва оротат кислота ҳосил бўлади.
 5. Оротат кислота оротидин –5-фосфатпирофосфорилаза ферменти иштирокида фосфорибозилпирофосфат билан реакцияга киришиб оротидин –5-фосфат ҳосил қилади.
 6. Оротидин –5-фосфат оротидин –5- фосфатдекарбоксилаза иштирокида декарбоксилланади ва натижада уридинмонофосфат ҳосил бўлади.
- Хулоса қилиб айтиш мумкинки, карбамоилфосфат ҳосил бўлишида қатнашувчи полифункционал ферментни ҳисобланади ва унинг каталитик марказида КФС II, аспартаттранскабамоилаза ва дигидрооротазани тутати ва КАД-фермент деб номланади. Бундай полиферментни ҳосил бўлиши карбамоилфосфатни тўлиқ дигидрооротат ҳосил бўлишигача қатнашишини таъминлайди. КАД-дан ажралиб чиққан дигидрооротат НАД боғлиқ дигидрооротатдегидрогеназа таъсирида оротат кислотани ҳосил қилади. У эса фосфорибозилпирофосфат билан реакцияга киришиб, оротидин-5-фосфатни, унинг декарбоксилланиши эса УМФ ҳосил бўлишига олиб келади.

ГИЁҲВАНДЛИК АСР ВАБОСИ

Алижонов Д.А.- даволаш факультети 3-курс талабаси

Илмий раҳбар: Солиев А.А. Харбий кафедра мудири

Андижон давлат тиббиёт институти

Ватан келажаги биз ёшлар қўлидадир. Юртимизда йигит-қизларни ҳар томонлама соғлом, баркамол вояга етиши учун барча шарт-шароитлар яратилган. Орамизда кўпчилик касб-хунарга эга бўлиш, ҳаётда ўз ўрнимизни топишимиз учун яратилаётган имкониятлардан фойдаланиб, кўзлаган мақсадларга эришмоқдамиз. Бироқ, ҳаётимизда биз ёшларни соғлиғига, онгига, маънавиятига салбий таъсир кўрсатувчи омилларнинг борлиги ташвишга солади. Улардан бири гиёҳвандлик балоси бўлиб, унинг таъсирига тушганлар тубсиз жар сари бориб, ҳаётини издан чиқаради. Мутахассисларнинг фикрига қўра, гиёҳванд моддалар инсон онгини заифлаштиради, ишдан чиқаради. Гиёҳвандда руҳий бузилишлар, яъни акл-идрок, фикрлаш қобилиятининг йўқолиши унинг бош мияси асаб хужайраларининг наркотик билан заҳарланиши юз беради. Инсоннинг турли касалликларга чидамлилигини заифлаштиради, гиёҳванд руҳиятининг бузилиши, унинг ижтимоий жихатдан бузилишига олиб келади. Гиёҳванднинг асосий мақсади, интилиши, ҳаётининг мазмуни наркотик топиш ва қабул қилишга қаратилади. Чунки, унинг организми наркотикка ўрганиб, унга қарам, муъте бўлиб қолади. У ўзини наркотиксиз яшай олмайдигандек ҳис этади.

Гиёҳванднинг юрак, ўпка, жигар, буйрак, ошқозон-ичак каби ҳаётий муҳим аъзоларида сурункали касалликлар вужудга келади. У озроқ ҳаракат қилганида нафаси қисади, юраги ўйнайди, лаблари қўқаради, жигар ва буйрак соҳаларида оғриқ пайдо бўлади. Унинг юрак, қон-томир ва асаб тизимини ишдан чиқаради. Бора-бора кўз хиралашади, тишлар касалланиб тўқилади. Натижада истеъмомчи ҳам маънан, ҳам жисмонан заифлашиб, тез қарийди. Улар нафақат ўзларини нобуд қилади, оиласининг барча аъзоларини руҳиятига таъсир қилади, асаб тизимининг заифлашишига олиб келади, фарзандлари ҳам туғилмай нобуд бўлади, туғилса ҳам майиб-мажруҳ бўлиб яшашга мажбур бўлади.

Гиёҳвандлик билан боғлиқ жиноятларни содир этаётганларнинг 28 фоизга яқинини ўттиз ёшга тўлмаганлар, салкам 15 фоизини эса аёллар ташкил этар экан.

Хулоса қилиб айтганда, гиёҳвандлик келтирган офатлар ёшлар умрини хазон қилади. Энг ачинарлиси баъзи нафсини қулига айланган кимсалар эътиқоди заиф, иродаси бўш ёшларни турли қинғир йўллар билан тузоғига илинтиришни кўзлайди. Шунинг учун ушбу иллатга қарши кураш барча ёшу-қаттани муҳим вазифамизга айланмоғи даркор. Буни унуттишга ҳеч кимнинг ҳаққи йўқ.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ГИЁХВАНДЛИК –ИНСОН УМРИ ЗАВОЛИ

Алижонов Д.А.- даволаш факультети 3-курс талабаси

Илмий раҳбар: Солиев А.А. Харбий кафедра мудири

Андижон давлат тиббиёт институти

Гиёхвандлик—турли хил гиёҳ моддалари яъни, наркотиклар таъсирига одам организмининг ўрганиб қолиши натижасида юзага келадиган оғир касалликдир. Гиёхвандликнинг халқаро атамаси наркомания дейилиб, бу сўз юнонча «нарке» — қарахтлик, ҳаракатсизлик, «мания»-ақлдан озиш маъносини англатади. Чунончи, наркотик моддани қабул қилган одам қарахт бўлиб, ҳаракатсизланиб, фикрлаш, ақлий фаолият қобилятларини йўқотади. Мутахассисларнинг фикрига кўра, одам организмининг биологик хусусиятларидан бири шундан иборатки, у баъзи моддаларни кетма-кет, бир неча марта қабул қилиши натижасида уларнинг таъсирига ўрганиб қолади. Оқибатда, у мазкур моддани мунтазам равишда қабул қилиб туришга интилади, бу моддани қабул қилмаган пайтда ўзини ёмон ҳис этади, яъни одам бу моддага нисбатан муъте бўлиб қолади. Одам организмининг ўрганиб, муъте бўлиб қолиш хусусияти айниқса, наркотик моддаларга нисбатан кучли бўлади. Бунинг оқибатида одамда гиёхвандлик (наркомания) касаллиги вужудга келади. Шунингдек, спиртли ичимликларга ўрганиб қолиш туфайли пиёнисталик (алкоголизм), тамаки (сигарет)га, носга ўрганиб қолиш натижасида кашандалик ҳолатлари юзага келади. Манбаларда келтирилишича, гиёхвандликда қўлланилаётган наркотик моддаларга қуйидагилар киради: Кўкнор - бўйи бир метрга етадиган кўкимтир бир йиллик ўт ўсимликдир. Унинг гуллари йирик, бинафша, пушти ва оқиш рангли, кўсакчаси йирик, бочкасимон ва силлиқ, уруғлари майда, кўп ва серёғ бўлади. Кўсакчаси кўклигида кўндалангига тилинганда оқимтир сутсимон шира чиқиб, ҳавода қуйилиб, кўнғир тус олади. Шу модда «опий» ёки «чакида» деб аталади. Шу тарзда йиғиб олинган опийдан фармацевтика саноатида морфин, кодеин, героин, пантопон, омнопон, дионин каби наркотик моддалар тайёрланади. Опий (чакида)дан қўлбола усулда қора дори ҳам тайёрланади. Морфин - гиёхвандликда энг кўп қўлланиладиган наркотик ҳисобланади. Морфинни биринчи марта кўкнордан Наполеон армиясининг кимёгари Сиген 1806 йилда тайёрлаган. Уни тери остига инъексия усулида қўллашни инглиз врачлари Вуд кашф этган. Морфин тиббиётда оғир беморларда, шикастланганларда оғриқ қолдириш учун қўлланади. У одамга кайф бериш хусусиятига эга, шу сабабли гиёхвандлар инъексия усулини кўп қўллайдилар. Кўкнордан қўлбола қора дори тайёрлаб, уни гиёхвандлар чойга эритиб истеъмол қиладилар.

Азиз ёш-лар! Гиёхвандликдан фақат маънавий дунёқараши тор бўлган одамларни ўз домига тортади. Шунинг учун ҳар биримиз маънавий дунёқарашимизни бойитиш учун тинмай изланишимиз, ҳаётимизни эзгу мақсадларга йўналтиришимиз керак.

ГИЁХВАНДЛИК ОГИР ДАРД

Алижонов Д.А.- даволаш факультети 3-курс талабаси

Илмий раҳбар: Солиев А.А. Харбий кафедра мудири

Андижон давлат тиббиёт институти

Асрлар оша инсоният фан, техника тараққиётининг юксак чўққиларини зарб этиб келмоқда. Ер юзида инсоннинг ҳуқуқ ва эркинликларини таъминлаш, фаровон ҳаёт барпо этиш йўлида эзгу ишлар амалга оширилмоқда. Албатта, ушбу фаровон ҳаёт замонлар оша ёвуз кучларга қарши кураш баробарида осонликча қўлга киритилаётгани йўқ. Ҳаётимизда инсоннинг саломатлигига, келажагига раҳна солувчи иллатлар талайгина. Булардан бири героиндир. Манбаларда келтирилишича, героин- биринчи марта 1896 йилда Германияда морфиндан тайёрланган. У бронхиал астма (нафас қисиш), руҳий касалликларни даволаш мақсадида ишлаб чиқарилган. Лекин, кейинчалик героинни гиёхвандлар кенг қўллай бошладилар. Героин морфинга нисбатан бир неча марта кучли таъсир этади. Шунинг учун кўп йиллар морфинни қўллаган ашаддий гиёхвандлар унинг таъсирига қониқмай, героин қабул қилишга ўтадилар. Бундан ташқари, янги ўрганувчи айрим гиёхвандлар бирданига героин қабул қилишдан бошлайдилар. Морфиннинг таъсири 10-12 соат давом этади, шунинг учун гиёхванд кунига икки марта инъексия қилади. Героиннинг таъсири эса 3 соат давом этади, шу сабабли гиёхванд уни ҳар 3 соатда қабул қилади. Гиёхванд героинни инъексия қилади, порошок шаклида бурнига сепади, эритиб ичади. Яна бир ўсимлик нашадир. Пояси силиндрик, тўғри барглари панжасимон мураккаб бир йиллик ўт ўсимликдир. Меваси ёнғоқча. Нашанинг икки тури бўлади: ёввойи ва маданий экиладиган наша. Наша энг қадимги замонлардан бери ёввойи ҳолда ўсади ҳамда маданий ўсимлик сифатида экилади. Унинг поясидан олинган тола қаноп деб аталади. Нашанинг уруғида 30-40 фоиз ёғ бор. Бу ёғ совун, ёғли бўёқлар тайёрлаш учун қўлланилади. Наша барги смоласимон модда чиқаради. Нашанинг қуйидаги атамалари мавжуд: гашиш, марихуана, плин, каннабис, чарс, банг, киф ва ҳоказо. Нашанинг барги ва уруғи тамакига қўшиб чекилади, майдалаб истеъмол қилинади. Кокаин - кока ўсимлигидан олинади. Кока ўсимлиги дарахт сифатида ўсади. Меваси нўхат ҳажмида чўзиқ, тухумсимон қизил рангли данакли бўлади. Кока ўсимлигининг 200 тури бўлиб, асосан тропик мамлакатларда ёввойи ва маданий ўсимлик сифатида тарқалган. Коканинг баргида 0,5-1,3 фоиз кокаин алкалоиди бор. Кокаин

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

тиббийотда оғриксизлантирувчи дори сифатида инъексия усулида қўлланилади. Кокаин наркотик таъсирига эга бўлганлиги сабабли гиёҳвандлар уни инъексия усулида қўллайдилар, меваси ва баргини чайнайди ва чекади. Албатта, бундай инсонлардан яхшилик кутиб бўлмайди. Улар инсонийлик кийёфасини йўқотган маҳлукка айланади. Шунинг учун ўзлигингизни, келажак йўлингизни йўқотманг, огоҳ бўлинг, ҳамиша яхшиликка интилиб яшанг.

ГИЁҲВАНДЛИК МОДДАЛАРИ БИЗНЕСИ

*Алижонов Д.А. - даволаш факультети 3-курс талабаси
Илмий раҳбар: Солиев А.А. Харбий кафедра мудири
Андижон давлат тиббийот институти*

Кун сайин ҳаётимиз ўзгариб, турмушимиз фаровонлашиб бормоқда. Қай бир соҳани олманг ҳавас қилса арзигулик муваффақиятларга эришилмоқда. Ёшларни ҳар томонлама камол топиши учун барча шароитлар мавжуд. Лекин, эришилаётган ютуқларимизга раҳна солаётган ҳаракатлар ҳам талайгина, уларга қарши вақтида курашмасак, кўзланган мақсадга етиш мушкул. Чунончи, жиноятчиликни энг хавфли тури бу гиёҳванд моддалар билан шуғулланиш, уни экиш, тарқатиш, сотиш ҳисобланади. Чунончи, бундай ҳаракатлар инсон ҳаётини издан чиқаради, жамиятни таназзулга дучор бўлишига сабабчи бўлади. Бу жиноятга қарши ҳуқуқни муҳофаза қилувчи идоралар билан ҳамкорликда соғлиқни сақлаш, маориф, жамоат бирлашмалари, маҳалла фуқаролар йиғинлари бир ёқадан бош чиқариб курашишлари зарур. Гиёҳванд моддалардан бизнес сифатида фойдаланиш оқибатлари ҳам касалланиш сонини ошиб боришига сабаб бўлмоқда. Кўрилатган барча чора-тадбирларга қарамасдан, бир ҳолат ҳамон ташвишли бўлиб бормоқда. Яъни Афғонистон ва Тожикистон Республикаларидан наркобизнес гуруҳлари давлатимизга, МДХ мамлакатларига ғайриқонуний гиёҳфурушлик жиноий ҳаракатларини амалга оширишга ҳаракат қилмоқдалар, Ҳар йили Афғонистонда тўрт минг тонна қорадори етиштирилган экан, унинг ўттиз фоизи МДХ давлатлари ҳудудидан ўтади. Давлатимиз чегараларидан ўз ғаразли мақсадларини амалга ошириш ниятида кириб келатганлар ҳам йўқ эмас. Республикамизда гиёҳвандликка қарши кескин кураш келатган, зарур амалий ҳуқуқий чоралар кўрилатган бир пайтда гиёҳвандлик воситалари билан ноқонуний муомала қилиш билан боғлиқ жиноятлар ханузгача учраб турибди. Афсусланарлиси, ўтган асрда гиёҳвандлик воситаларининг ноқонуний савдоси билан асосан йирик жиноий уюшмалар шуғулланган бўлса, бугунги кунда аҳолининг турли табақалари, баъзан аёллар ҳамда вояга етмаганларнинг ҳам ушбу жиноятга қўл уриши ҳоллари кузатилмоқда. Ўзбекистон Республикаси Жиноят Кодексида гиёҳванд моддаларни экиш, тайёрлаш, истеъмол қилганлик учун жавобгарлик қонулаштирилган, яъни гиёҳванд ва психотроп моддаларни қонунга ҳилоф равишда ўтказганлик учун 10 йилдан 20 йилгача озодликдан маҳрум этилади. Уларни тайёрлаб, сақлаганлик учун эса 5 йилдан 10 йилгача озодликдан маҳрум этиш жазоси тайинланган. Бундан ташқари тасодифан адашиб, ушбу ишга қўл урган шахслар гиёҳванд моддаларни ўз ихтиёри билан топширса, жиноий жавобгарликдан озод этилади.

Хулоса қилиб айтганда, гиёҳфурушлик ўта оғир жиноятдир. Барчамиз яқинларимизни унинг гирдобига тушиб қолишидан сақлашимиз зарур.

ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ УЗОҚ БИТМАЙДИГАН ЙИРИНГЛИ ЖАРОХАТЛАРИНИ ДАВОЛАШНИНГ ЭРТА ВА УЗОҚ МУДДАТЛИ НАТИЖАЛАРИНИНГ КЛИНИК-СТАТИСТИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ

*Абдуллажанов Б.Р., Юсупов Ж.К.
Андижон давлат тиббийот институти*

Тадқиқот мақсади. Узоқ муддатли битмайдиган йирингли жароҳатларни даволаш натижаларининг клиник-статистик кўрсаткичларини баҳолаш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқот асоси бўлиб 2016-2020 йилларда Андижон давлат тиббийот институти клиникасида даволанган юмшоқ тўқималарнинг УБЙЖ билан 132 нафар беморлар хизмат қилган. Барча беморларда йирингли яралар шифохонага ётишдан камида 14 кун олдин ҳосил бўлган ва яра борлигининг ўртача давомийлиги $22,6 \pm 1,9$ кунни ташкил этган. УБЙЖ даволаш усули бўйича барча беморлар уч гуруҳга бўлинган. 2 таққослаш гуруҳи шакллантирилган. 1-таққослаш гуруҳидаги 54 нафар беморда - қиёсий тадқиқотлар натижалари ретроспектив равишда таҳлил қилинган. Ушбу гуруҳдаги УБЙЖ даволаш анъанавий усул бўйича амалга оширилди. Асосий гуруҳга 38 нафар бемор киритилган бўлиб, УБЙЖ ни даволаш таклиф қилинган усул бўйича олиб борилган. Маҳаллий “ФарГАЛС” препарати антисептик ва жароҳатларни даволаш воситаси, шунингдек ПДТ учун фотосенсилизатор сифатида ишлатилган. «Матрикс» лазер аппаратурини ПДТ учун нурланиш манбаи сифатида ишлатдик. Бунда нурланиш қуввати 3 мвт, спектри - 337 нм бўлган яримўтказгичли нурлатгичдан фойдаланилган. 100 Гц частота билан импульсли нурланиш ўтказилган. 2-қиёсий гуруҳга 40 нафар бемор киритилган. Натижаларни баҳолашда

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ушбу гуруҳда беморлар фақат "ФарГАЛС" препарати ёрдамида даволанган. Тадқиқотга киритилган беморларнинг ёши 25 дан 75 ёшгачани ташкил этган. Беморларнинг аксарияти 45 ёшдан 60 ёшгача бўлган ёш гуруҳига тўғри келган.

Юмшоқ тўқималарнинг узоқ муддатли битмайдиган жароҳатлари бўлган беморларни даволаш натижаларининг хулосаси сифатида даволаш курсининг давомийлиги, терапиянинг узоқ муддатли натижалари (жароҳатнинг тўлиқ ва нотўлиқ репарацияси, қайталаниши), касалликнинг қониқарли ва ёмон оқибатлари ва уларнинг нисбати, ҳамда 4 ҳафталик кузатув мобайнида даволашнинг фойдалиўсиши ва хавфи камайиши каби кўрсаткичларни қиёсий жиҳатдан таҳлил қилдик.

Натижалар. Асосий гуруҳдаги беморларнинг даволанишнинг ўртача давомийлиги $20,8 \pm 1,5$ кунни ташкил этган, шундан шифохонада даволаниш муддати $10,5 \pm 0,6$ кунни, шифохонадан кейинги давр эса $10,4 \pm 1,1$ кунни ташкил этган. Иккинчи қиёсий гуруҳдаги беморларни даволашнинг умумий давомийлиги ($28,2 \pm 2,4$ кун) узоқроқ бўлиб, асосий гуруҳ билан солиштирилганда, статистик жиҳатдан фарқ аҳамиятлилиги аниқланган ($t=2,59$; $p<0,01$). Бундан 1-қиёсий гуруҳда бундан ҳам ёмон натижаларга эришилган: даволанишнинг умумий давомийлиги $37,7 \pm 2,5$ кун, шифохонада даволаниш даври $15,8 \pm ,9$ ва шифохонадан кейинги давр $21,9 \pm 2,1$ кунни ташкил этган, фарқнинг ишончилиги куйидаги кўрсаткичлар билан: 2-гуруҳдан - №2 – $t=2,77$; $p<0,001$, ва асосий гуруҳдан - $t=5,78$; $p<0,001$ намоён бўлган.

Тадқиқотнинг узоқ муддатли даврида (4 ҳафта) асосий гуруҳдаги беморларнинг 84,2% (38 нафаридан 32 тасида) жароҳатнинг тўлиқ репарацияси, 15,8% (38 нафаридан 6 тасида) нотўлиқ эпителизация қайд этилган. Кейинги кузатувлар шуни кўрсатдики, бошқа қиёсий гуруҳларга қараганда, 8 ҳафта ичида 97,4% ҳолларда жароҳатнинг тўлиқ репарациясига эришилган, фақат 12 ҳафтадагина ушбу кўрсаткич 2-гуруҳда 87,5% ва 1-қиёсий гуруҳда 83,3% эришилган.

Касалликнинг қайталаниши асосий гуруҳда 1 ҳолатда, 1- ва 2-қиёсий гуруҳларда мос равишда 5,0% ва 7,4% қайд этилган.

Даволашнинг ижобий ва қониқарсиз натижаларининг учраши ва касалланишнинг ўзаро нисбатлари ўрганилганда, қуйидаги натижаларга эришилган: даволаш бошлангандан 4 ҳафта ўтгач, асосий гуруҳда 84,2% (38 нафаридан 32 тасида) ҳолатларда ижобий натижа қайд этилган, бу статистик жиҳатдан 1-қиёсий гуруҳга ($62,5\%$ га қарши; $\chi^2=4,669$; $df=1$; $p=0,031$) ва 2-гуруҳда нисбатан кўпроқлиги аниқланган ($40,7\%$ га қарши; $\chi^2=17,385$; $df=1$; $p<0,001$). 12 ҳафтадан кейинги даврда ушбу кўрсаткич асосий гуруҳда 97,4% ни, 2-гуруҳда 87,5% ва 1-гуруҳда 83,3% ни ташкил этган ($\chi^2=4,535$; $df=1$; $p=0,034$).

Олинган тадқиқот натижаларидан келиб чиққан ҳолда, 12 ҳафтадан сўнг конъюгациянинг ҳисобланган коэффициенти асосий гуруҳда ижобий клиник натижалар учун 0,97 ва ножўя клиник натижалар учун 0,3 ни ташкил этган, қиёсий гуруҳларда эса бу кўрсаткич куйироқ бўлиб, 1- ва 2-гуруҳларда мос равишда 0,8 дан 0,13 гачани ташкил этган.

Асосий гуруҳ ва 1-қиёсий гуруҳларнинг натижалари ўзаро солиштирилганда, нисбий фойданинг ўсиши 100%, мутлоқ фойданинг ўсиши - 43,5%, нисбий хавфнинг пасайиши -73,4% ва мутлоқ хавфнинг пасайиши -43,5% ни ташкил етган. Ушбу кўрсаткичлар асосий ва 2-қиёсий гуруҳ билан таққосланганда анча паст бўлиб, бу ушбу қиёсий гуруҳда даволашнинг фойдаланилган тури нисбий самарадорлигининг юқорилигини кўрсатади (маҳаллий монотерапия).

Хулоса. Узоқ муддатли битмайдиган йирингли жароҳатларни даволаш натижаларини баҳолашнинг клиник-статистик кўрсаткичлари тавсия этилган усулнинг юқори самарадорлигини кўрсатди, бу кузатувнинг 4-ҳафтасида ижобий натижа нисбати 40,7% дан 84,2% гача ($\chi^2=17,385$; $df=1$; $p<0,001$) ошганлигидан дарак бериб, 8 ҳафтагача бу кўрсаткич 97,4% га қарши 81,5% ни ташкил этган ($\chi^2= 5,348$; $df=1$; $p=0,021$), даволаш натижалари ва патологиянинг қайталаниши сони бўйича сезиларли фарқ йўқлиги фақатгина 12 ҳафтада (83,3% ва 97,4%) кузатилган, бунда кўриб чиқилаётган даврларда даволаш хавфининг нисбий ва мутлоқ қийматлари мос равишда пасайиши билан нисбий ва мутлоқ фойда кўрсаткичлари сезиларли даражада ошганлиги кузатилган.

РЕАНИМАЦИЯ ВА ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯ БЎЛИМЛАРИДА БЕМОР БОЛАЛАР ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШДА ПЕДИАТРИК ШКАЛАЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

*Абдуллажонов Х.М.- Анестезиология-реаниматология,
болалар анестезиология-реаниматология кафедраси ассистенти.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Тадқиқот мақсади. Болалар кўп тармоқли тиббиёт марказлари реанимация ва интенсив терапия бўлимларида оғирлик даражасини баҳолашнинг педиатрик шкалаларини қўллаш, олинган натижаларни таққослама таҳлил қилиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқот дизайни – проспектив обсервацион. Тадқиқотга киритилиш мезонлари: 0 ёшдан 14 ёшгача бўлган бемор болалар; шошилич ва тезкор хирургик операциялар. Тадқиқотга киритилмаслик мезонлари: чала туғилган чақалоқлар, ўткир буйрак ва жигар етишмовчилиги. Тадқиқот муддати: 01.02.2015 й. дан 31.01.2016 й.гача. Баҳолаш усуллари – PRISM, PIM II, PELOD каби педиатрик шкалалар ёрдамида бемор болалар оғирлик даражасини баҳолаш.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Тадқиқот материали сифатида 226 нафар бемор болалар танлаб олинди, ўртача ёш $-4,1 \pm 0,3$. Улардан ўғил болалар 116 (51,3%) нафарини ташкил қилди, 93 нафар болаларда шошилиш ва тезкор хирургик операция ўтказилган бўлиб, улардан кардиохирургик беморлар 27 нафар, оғир жароҳатланиш билан 19 нафар, уронефрологик беморлар 31 нафар, абдоминал хирургик касалликлар билан 44 нафар, бошқалар 18 нафарни ташкил қилди. Тадқиқ қилинган беморлардан 12 (5,3%) нафарида летал оқибат кузатилган. Олинган натижаларга Microsoft Excel 2007 компьютер дастурида Фишернинг аниқ усулида статистик ишлов берилди.

Натижалар. PRISM шкаласи учун ўртача ўлим хавфи $9,3 \pm 3,9$ га, ўлим кўрсаткичининг стандарт нисбати 0,61 га, ROC-эгрилик майдони $0,623 \pm 0,116$ га ($рф = 0,289$), сезувчанлик 97,4% га, махсуслик 69,2% га, ижобий оқибат қиймати 57,1% га, салбий оқибат қиймати эса 97,4% га тенг бўлиб чиқди. PELOD шкаласи учун ўртача ўлим хавфи $9,6 \pm 4,1$ га, ўлим кўрсаткичининг стандарт нисбати 0,59 га, ROC-эгрилик майдони $0,641 \pm 0,116$ га ($рф = 0,224$), сезувчанлик 71,4% га, махсуслик 69,2% га, ижобий оқибат қиймати 12,2% га, салбий оқибат қиймати эса 97,6% га тенг деб баҳоланди. PIM II шкаласи учун ўртача ўлим хавфи $9,7 \pm 2,6$ га, ўлим кўрсаткичининг стандарт нисбати 0,58 га, ROC-эгрилик майдони $0,833 \pm 0,096$ га ($p < 0,001$), сезувчанлик 85,7% га, махсуслик 94,0% га, ижобий оқибат қиймати 46,2% га, салбий оқибат қиймати эса 99,1% га тенглиги аниқланди. Текширилаётган шкалаларда ўлим хавфи интерваллари (χ^2) бўйича таҳлил натижалари шуни кўрсатдики (Lemeshow тести), кутилаётган ва ҳақиқий ўлим кўрсаткичи PIM шкаласи учун деярли мос келганлиги ($\chi^2 = 8,23$, $рф = 0,084$), PRISM ($\chi^2 = 203,5$; $p < 0,001$) ва PELOD шкалалари ($\chi^2 = 26,16$; $p < 0,001$) учун эса фарқ қилганлиги маълум бўлди. 101 нафар тирик қолган бемор болаларда летал оқибат ривожланиш хавфи кузатувнинг 14 суткасида, 97 нафар болаларда эса 28 суткасида аниқланди. Летал оқибат хавфининг энг ишонарли кўрсаткичлари PELOD шкаласида намоён бўлди.

Хулоса. PIM II шкаласи умумий популяцион даражада ўтказиладиган тадқиқотларда ишонарли натижаларни намоёйиш қилади. PELOD ва PRISM шкалалари эса кўпроқ летал оқибат ривожланиш хавфи бўлган алоҳида гуруҳлардаги беморлар оғирлик даражасини аниқлаш учун мос келади. Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, қўлланилган барча шкалалар летал оқибат ривожланиш хавфини анча юқори даражада кўрсатиб, улар беморлар ўлим кўрсаткичини эмас, балки уларнинг яшовчанлигини аниқроқ башоратлаш хусусиятига эгадир. PELOD ва PRISM шкалаларининг етарли дискриминацион хусусиятларга эга эмаслиги оғир перинатал патологияси мавжуд бир ойгача бўлган болаларда летал оқибат ривожланиш хавфини етарли даражада баҳолай олмаслиги билан боғлиқ.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА КЎКРАК БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ ТАҚҚОСЛАМА ТАҲЛИЛИ

*Абдуллажонов Х.М. -Анестезиология-реаниматология,
болалар анестезиология-реаниматология кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Чақалоқларда торакотомиядан кейинги даврда интенсив оғриқ кузатилиши сабабли узок муддат опиоид анальгетиклар қўллаш заруратини туғдиради. Бироқ, наркотик анальгетикларни қўллаш бошқа асоратлар билан бир қаторда хушнинг секин тикланиши, нафаснинг кеч тикланиши ва нафас йўлларининг химоя рефлексларининг йўқолиши каби ножўя таъсирлар келтириб чиқариши мумкин ва ўз навбатида узок муддат сунъий ўпка вентилияцияси ўтказишни талаб қилади.

Тадқиқот мақсади. Чақалоқларда постторакотомик даврда экстраплеврал анальгезия самарадорлигини гемодинамик мезонларига кўра баҳолаш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Мазкур тадқиқот Андижон ВБКТТМ, ҳудудий неонатал хирургия бўлимига кўкрак қафаси аъзоларининг туғма ва орттирилган хирургик касалликлари билан ётқизилган ва операция бажарилган чақалоқларда ўтказилди. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш турига кўра, бемор чақалоқлар 2 гуруҳга бўлинди: I гуруҳда (17 нафар) операциядан кейинги оғриқсизлантириш фентанилнинг 2-3 мкг/кг/соат миқдорида узлуксиз вена ичи инфузияси орқали амалга оширилди (ОА-опиатли анальгезия); II гуруҳда (12 нафар) эса оғриқсизлантириш интраоперацион даврда экстраплеврал бўшлиққа ўрнатилган катетер орқали маҳаллий анестетикни юбориш йўли билан бажарилди (ЭПА). Маҳаллий анестетик сифатида 0,25% ли бупивакаиндан фойдаланилди ва унинг миқдори 0,2-0,3 мл/кг/соатни ташкил қилди. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш турини танлаш операция бажарилишининг техник хусусиятлари билан боғлиқ бўлди.

Операция охирида торакотомик кесманинг медиал қирғоғи орқали паравертебрал соҳада париетал плевра диссекцияси амалга оширилади. Плеврал варақлар сепарациясидан сўнг ҳосил бўлган ретроплеврал чўнтакка №18G ўлчамдаг иперидурал катетер (Portex, Буюк Британия) операция кесмасидан юқорида 2-3 ковуғалар соҳасига ўрнатилади. Катетернинг дистал қисми алоҳида кесма орқали ташқарига чиқарилади ва терига маҳкамланади. Анальгезия даражаси қуйидаги мезонлар бўйича 3, 6, 12, 24, 36, 48 соатдан сўнг амалга оширилди: 1) марказий ва периферик гемодинамика ҳолати; Гемодинамик мониторинг “ЮМ 300” (Utas, Украина) монитор ёрдамида амалга оширилди. Стюдентнинг t-мезонларини аниқлаш орқали статистик ишлов берилди.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Белгиланган вақт оралиқларида марказий гемодинамик кўрсаткичлар таҳлили I гуруҳдаги беморларда тахикардия ва гипертензияга мойиллик мавжуд эканлигини намоён қилди. II гуруҳ беморларда эса ЮКС ва ўртача АБ ёш меъёрларида қолганлиги маълум бўлди. Периферик перфузия ҳолатини баҳолаш индикатори сифатида ҳар соатдаги диурез миқдори ва капиллярларнинг тўлишиш тезлиги танлаб олинди. Соатли диурез I гуруҳда 3,6, 12, 24, 36, 48 соатдан кейин 3,2-2,0-3,8-3,8-4,2-2,9 мл/кг/соатни ташкил қилган бўлса, II гуруҳда мазкур вақт оралиқларида ушбу кўрсаткич мос равишда 4,0-3,2-3,5-4,8-5,2-4,1 мл/кг/соат миқдорида бўлди. Капиллярлар тўлишиш тезлиги (“оқ доғ” симптоми) I гуруҳда ўртача 3-4 сек, II гуруҳда 4-5 сек. дан ортмади. СЎВ нинг ўртача давомийлиги I гуруҳда 128 соатни, II гуруҳда эса 46,5 соатни ташкил қилди.

Шундай қилиб, чақалоқларда ЭПА ўтказилганда фақатгина бир томонлама қамал юзага келиши сабабли гипотензия ва пешоб тутлиши каби ножўя таъсирлар жуда кам учрайди.

Хулоса. Тадқиқот натижаларидан олинган маълумотлар ЭПА усулини қўллашда антиноцицептив химоянинг анча устунлигини намоён қилди ва ушбу усулни чақалоқлар ҳамда эрта ёшли болаларда посттравматик даврда оптимал оғрикислантириш усули сифатида тавсия қилиш имконини берди.

ТИРИКЛИК ҲИҚМАТИНИ СОҒЛИҚДА, ДЕБ БИЛ

Акбарова М. – Марфология йўналиши магистри

Илмий раҳбар: Раҳмонов Р.Р. – Тиббий биология ва гистология кафедраси мудири
Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳар қандай жамият тараққиётида унинг келажагини таъминлайдиган ёш авлодни соғлом ва баркамол бўлиб вояга етиши ҳал қилувчи ўрин тутди. Буюк аждодимиз Имом Мотуридий ҳазратларининг “Тириклик ҳиқмати соғлиқда, деб билгин”, деган чуқур маъноли сўзлари нақадар тўғри эканини ҳаётнинг ўзи бугун қайта-қайта исботламоқда, – дейди Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев, шу боис мавжуд имконият ва салоҳиятимиз, пандемия даврида орттирган тажрибамиз ҳамда хориждаги илғор ютуқлардан фойдаланиб, аҳоли саломатлигини асраш ва мустаҳкамлаш борасидаги туб ислохотларимизни янги босқичга кўтаришимиз зарур. Бунда аҳоли, айниқса, ёшларимиз ўртасида соғлом турмуш тарзини кенг тарғиб этиш – энг устувор йўналишлардан бири бўлиши лозим.

Олиб борилаётган ислохотлар заминида халқ манфаатлари устувор ҳисобланади. Аҳоли соғлигини мустаҳкамлаш, сифатли тиббий хизмат кўрсатиш тизимини такомиллаштириш ҳам халқ манфаатларини таъминлашнинг устувор омили ҳисобланади. Ўзбекистон Республикаси Конституциясининг 40-моддасида: - Ҳар бир инсон малакали тиббий хизматдан фойдаланиш ҳуқуқига эга, - дейилган.

Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисига йўллаган Мурожаатномасида белгиланганидек, 2021 йил учун яна бир муҳим йўналиш сифатида тиббиёт соҳасида биринчи устувор вазифа сифатида қўйидагиларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Коронавирус пандемиясига қарши курашни тизимли равишда давом эттириш – энг муҳим вазифаларимиздан бири бўлади. Бу ишлар учун 2021 йил давлат бюджетиди 3 триллион сўм захира шакллантирилди. Ушбу маблағлар ҳисобидан, албатта, аҳолини коронавирусга қарши эмлаш тадбирлари ҳам амалга оширилмоқда. Санитария-эпидемиология хизмати сифатини ошириш, унинг моддий-техник базасини яхшилаш ва замонавий лабораториялар ташкил этишга 200 миллион доллар йўналтирилмоқда.

Пандемия сабоқларидан келиб чиққан ҳолда, тиббиёт соҳасини рақамлаштириш кўлами янада кенгайтирилмоқда. Жумладан, барча тиббиёт муассасаларида масофавий хизматларни кўпайтириш, поликлиника ва касалхоналарни электрон иш юритишга ўтказиш чоралари кўрилади. Шунингдек, республика ихтисослашган тиббиёт марказлари ва уларнинг филиаллари ўртасида телемедицина йўлга қўйилиб, диагностика ва даволаш учун жойлардаги имкониятлар янада кенгайтирилмоқда.

Ушбу ислохотлар, давлатнинг ижтимоий муҳофаза тизимини кучайтиришга, аҳолини соғлигини мустаҳкамлашга хизмат қилади. Фуқаролар ҳам ўз навбатида соғлом турмуш тарзига риоя этиши талаб этилади.

БАЛАНДЛИКДАН ЙИҚИЛИШ ҲОЛАТЛАРИДА БОЛАЛАР ЖАРОҲАТЛАРИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Акрамова А.А.-даволаш факультети 1-босқич талабаси

Илмий раҳбар: Қўшбақов А.М. Суд тиббиёти кафедраси ассистенти
Самарқанд Давлат тиббиёт институти

Аҳолининг турмуш тарзини яхшилаш, жойларда кўп қаватли уйларнинг барпо этилиши транспорт воситаларининг турлари ва сонининг ошиб бориши, аҳоли орасида турли қулайликлар ва имкониятлар яратиш билан бир қаторда травмалар турлари ва сонининг ошиб бораётганини кузатишимиз мумкин. Болаларда турли ташқи таъсирот факторлари билан боғлиқ жароҳатланишлар ва ўлим ҳолатлари масалалари алоҳида аҳамиятга эга, уларнинг ичида травматизми муаммоси жаҳон миқёсида ўта долзарб тиббий-

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ижтимоий муаммога айланган, маълумотларга кўра жами болалар ўлимининг 40% ни травматизм ташкил этмоқда. Суд тиббиёти амалиётида болалар травматизми таркибида етакчи ўринни транспорт травмалари ва баландликдан йиқилиш салмоқли ўринни эгаллайди. Иккала ҳолатда ҳам жароҳатларнинг кўшма бўлиб келиши, қиёсий таққослашда чалкашлиklar юзага келтирмоқда.

Тадқиқот мақсади: Баландликдан йиқилиш ҳолатларида болалар жароҳатлари хусусиятларини ўрганиш

Тадқиқот материаллари ва методлари: РСТЭИАМ Самарқанд филиалида сўнгги 10 йил мобайнида болаларда баландликдан йиқилишга доир бажарилган суд тиббий экспертиза (СТЭ) хулосалари ўрганилди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси. Ўрганилган давр мобайнида жами 4894 та ўлим ҳолатларига доир СТЭлар ўтказилган бўлиб, уларнинг 361 таси (7,4%) ни 17 ёшгача бўлган болалар ўлими кузатилиб, ўлим сабаблари бўйича: 1.Механик травмалар- транспорт травмалари (33,2%), тўмтоқ жисмлар таъсиридан жароҳатланиш (6,6%), баландликдан йиқилиш (2,5%), ўткир жисмлардан жароҳатланиш (1,7%); 2.Механик асфиксия (МА)- странгуляцион (15,5%), обтурацион (12,2%); 3.Заҳарланишлар(6,1%); 4.Физик факторлар- юкори ҳарорат таъсиридан (5,3%), электротравма (3%); 5.Турли касалликлар ва гўдакларнинг тўсатдан ўлими (13,9%) ни ташкил этади.

Баландликдан йиқилиш 9 та ҳолатда қайд қилинган бўлиб 1-5 гача, 3 та (30%), 5-10 ёшгача, 5 та (55,5%), 10-15 ёш 1 та (11,1%) 14-17 ёшгача бўлган болалар ўлими ва улар орасида энг кўпини (79,8%) ўғил болалар ташкил этди.

Йиқилиш тури бўйича кузатганимизда, 66,6% ҳолатда ўта баландликдан, 33,3% бир неча метр баландликдан ва 11,1% ҳолатда ўз бўйи баландлигидан йиқилган.

Баландликдан йиқилишда болалар ўлимига олиб келган сабаблар- ёпикбош мия жароҳатлари ва бош миянинг оғир лат олиши 3 та (33,3%), бош мия, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи аъзоларининг кўшма жароҳатлари 4 та (44,4%), умуртқа поғанаси синиши, орқа миянинг лат олиши ва узилиши 2 та (22,2%) ҳолат қайд этилди.

Таҳлилимиздан шу нарса маълум бўлдики, болаларда баландликдан йиқилишда, умумий кўшма жароҳатларнинг кам бўлган ҳолатларида ҳам ўлим кўрсаткичи юкори бўлади. Чунки тананинг кучли силкиниш ҳолатида, ички аъзоларнинг массасининг оғирлиги ва уларни тутиб турган бойламларнинг кучсизлиги аҳамиятга эга бўлиб, аксарият ўлим ҳолатлари (70%) ички аъзоларнинг силкиниш белгилари билан устунлик қилган.

Хулоса: Болаларда ўлимга олиб келган баландликдан йиқилиш ҳолатларида кўшма жароҳатланишларда оғир даражали жароҳатларнинг камлиги ва ички аъзоларда силкиниш белгиларининг яққол ифодаланиш характерли ҳисобланади. Бу маълумотлар механик жароҳатларда ўлим сабаблари ва жароҳатланишларнинг ўз вақтида аниқланиш жиҳатларани ўрганиш ва таҳлил этишда фойдаланиш мумкин.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДАГИ ИСЛОҲОТЛАР

Алимова Г.М., Махмудова Б.Ш

Факультет педиатрия ва неонатология кафедраси

Юртимизда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳқилиш, аҳолисаломатлигини муҳофазалаш, даволаш- профилактикамуассасаларимоддий-техникбазасини юксалтиришнинг ҳукуқийасосларияратилди. Хусусан, Ўзбекистон Республикасининг “Одамнинг иммунитет танқислигивирусибилан касалланишнинг (ОИВ касаллиги) олдини олиш тўғрисида” ги қонуни қабул қилинди. Унга кўра, ОИТС/ОИВ касаллигининг олдини олишга доир фаолият давлат бюджети маблағлари, мақсадли фондлар, юридик ва жисмоний шахсларнинг ихтиёрий бадаллари, бошқа манбалар ҳисобидан қонун ҳужжатларига мувофиқ амалга оширилади. Ўзбекистон Республикаси фуқароларида ОИТС/ОИВ касаллиги аниқланган тақдирда, улар қон, биологик суюқлик, органлар ва 159 тўқималарнинг донори бўла олмайди. ОИТС/ОИВ касаллигини юктирган лартиббий кузатувостида бўлишлари шарт. Ўзбекистон Республикаси ҳудудида вақтинча яшаётган четэл фуқаролари ва фуқаролиги бўлмаган шахсларда ОИВ касаллиги аниқланган тақдирда, улар қонун ҳужжатларида белгиланган тартибда Ўзбекистон Республикасидан чиқарилиб юборишлари мумкин. Ўзида ОИТС/ОИВ касаллиги мавжудлигини билган шахснинг бошқа шахсни атайлаб шу касаллик вирусини юктириш хавфиюстига қўйиши ёки уни юктириши қонун ҳужжатларида белгиланган тартибда жавобгарликка сабаб бўлади. Тиббиёт ходимлари ва хизмат кўрсатиш соҳаси ходимларининг ўз хизмат вазифаларини лозим даражада бажармаслиги оқибатида одамнинг иммунитет танқислиги вируси касаллиги юққан шахсларнинг соғлиғига етказилган зарарни қоплаш қонун ҳужжатларида белгиланган тартибда амалга оширилади. Одамнинг иммунитет танқислиги вируси касаллигини юктирган ҳамда ОИТС билан касалланган шахслар ўзларига инсоний муносабатда бўлиниши, қонун ҳужжатларида назарда тутилган тартибда бепул тиббий ёрдам кўрсатилиши ва ижтимоий таъминланиш ҳуқуқига эгадирлар. Ўн олти ёшга тулмаган шаслар ҳар ойда энг кам ойлик иш ҳақи миқдорида давлат нафақасини олиш ва Ўзбекистон Республикаси қонун ҳужжатларида ногирон болалар учун белгиланган имтиёзлардан фойдаланиш ҳуқуқига эгадир. ОИВ касаллигини юктирган ёки ОИТС га дучор бўлган болаларнинг ота-онаси(уларнинг

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ўрнини босувчи шахслар) ёшболалари билан бирга стационарда бўлиш ҳамда шу пайтда қонун ҳужжатларида белгиланган тартибда вақтинча меҳнатга қобилиятсизлик нафақаси ниолган ҳолда ишдан озод бўлиб туриш ҳуқуқига эгадирлар.

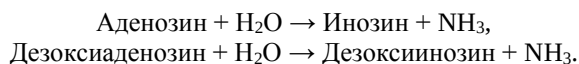
Огоҳ бўлинг, аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини тарғибот қилинг!

НУКЛЕОТИДЛАР АЛМАШИНУВИНИНГ ЁШГА БОҒЛИҚЛИГИ ВА АЙРИМ КАСАЛЛИКЛАРИ

Артиқова С.У.- Стоматология факултети 2 босқич талабаси
Илмий раҳбари: Бокиев М.М.-Биологик кимё кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти

Аденозиндезаминаза (АДА) ва пуриннуклеозид-фосфорилаза (ПНФ) ферментлари пурин нуклеозидларини азот асосларига айлантиришда қатнашади. Уларнинг етишмовчилиги. Уларнинг етишмовчилиги оғир иммун танқисликка олиб келади.

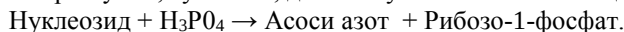
Аденозиндезаминаз етишмовчилиги. АДА аденозин ва дезоксиаденозинни инозингача гидролитин дезаминланишини катализлайди:



АДА ферменти кўпчилик аъзо ва тўқималарда аниқланган, аммо унинг етишмовчилиги лимфоид ҳужайраларда оғир оқибатларга олиб келади. Бу ферментнинг фаоллигининг пасайиши Т- ва В-лимфоцитлар етилиши ва пролиферациясининг сусайишига олиб келади ҳамда ҳужайра ва гуморал иммун танқисликка сабаб бўлади. Бундай болалар гўдаклик давридаёқ бактериал, вирусли ва замбуруғли инфекциялардан ўлиб кетадилар.

Лимфоид ҳужайраларда АДА ферменти етишмовчилиги аденозин- ва дезоксиаденозиннуклеотидлари дезаминланишининг пасайишига ва уларнинг тўқималарда тўпланишига олиб келади ҳамда РНР ферментини ингибирлайди бунинг натижасида барча дНТФ етишмаслигига ва ДНК синтези учун субстратлар етишмаслигига олиб келади. Лимфоцитар бўлмаган ҳужайраларда АДА етишмаслиги салбий оқибатларга олиб келмайди, чунки уларда дАТФ фосфатазаси фаол ишлайди, дАТФ тўпланишининг олдини олади ва РНР ферменти ингибирланмайди.

Пуриннуклеозидфосфорилаза (ПНФ) етишмаслиги. ПНФ пурин рибо- ва дезоксирибонуклеозидлар фосфоролизини катализлайди, натижада азот асослари, рибозо- ёки дезоксирибозо-1-фосфатлар ҳосил бўлади. Бу ферментнинг субстратлари бўлиб, гуанозин, дезоксигуанозин ва инозин ҳисобланади.



Фермент кўпчилик аъзо ва тўқималарга хос, аммо унинг фаоллиги тимусдаги Т-лимфоцитлар етилишида юқори. Ген мутациялар натижасида унинг етишмовчилиги етук Т-лимфоцитлар етилишини сусайтиради ва улар микдорининг камайишига олиб келади. Бунинг негизида Т-лимфоцитларда дезоксигуанозинкиназа кескин фаоллашиб, ҳужайраларда дГТФ тўпланишига ва РНР ферментининг ингибирланишига олиб келади. Болаларда бу нуқсоннинг бўлиши ҳужайра иммунитетининг пасайишига, гуморал иммунитетнинг меъёрида сақланишига олиб келади, чунки В-лимфоцитларда дезоксигуанозинкиназа фаоллиги паст ва дГТФ юқори концентрацияда тўпланиши кузатилмайди. Болаларда ПНФ етишмаслиги АДА етишмаслигига қараганда енгил кечади.

Пурин ва пиримидин нуклеотидлари аналогларининг клиникада қўлланилиши. Инфекцион ва ўсма касалликларни даволашда сунъий пурин ва пиримидин нуклеотидлари аналоглари кенг қўлланилади. Уларнинг организмга киритилиши ДНК ва РНК синтезини ингибирлайди, комплементарликни бузади, ферментлар фаоллигини ингибирлайди.

5-фторурацил – урацил аналог. Қутқарув йўлида у 5-Р-УМФ га айланади ва РНР ферменти таъсирида 5-Р-дУМФ га айланади. Бу модда тимидилатсинтаза ферментини $\text{N}^5, \text{N}^{10}$ -метилен- H_4 -фолат билан комплекс ҳосил қилиб ингибирлайди ва дУМФ дТМФ айланиши тўхтади.

Цитозинарабинозид (или цитарабин) – цитозинни рибоза ўрнига арабиноза билан комплекси ҳисобланади. Ўсмалар, айниқса ўткир миелоцитар лейкомияларни даволашда қўлланилади. Организмда препарат дНТФ айланиши мумкин, ДНК полимеразани ингибирлайди ва репликацияни сусайтиради.

НУКЛЕОПРОТЕИНЛАР ҲАЗМЛАНИШИ ВА СЎРИЛИШИ

Ахмаджонов.Ш.С.- Даволаш факултети 4- босқич талабаси
Илмий раҳбар: Бокиев М.М.-Биологик кимё кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти

Организмнинг ҳамма ҳужайралари нуклеотидларни синтезлашга амалда кодирдир. Бундан ташқари, овқат ва организм ўз тўқималарининг нуклеин кислоталари, нуклеотидлар манбаи бўлиб хизмат қилади, лекин бу манбалар иккинчи даражали аҳамиятга эга бўлади.

Овқат таркибида нуклеин кислоталар ичакда меъда ости беши ширасининг нуклеазалари – ДНКаз ва РНКазлар таъсирида гидролизланади. Гидролиздан ҳосил бўладиган маҳсулотлар моноклеотидлар (моноклеозидфосфатлар) ва олигонуклеотидлардир. Ичак фосфодиэстеразалари олигонуклеотидларни моноклеотидларгача парчалайди. Моноклеотидлар фосфатазалар иштирокида гидролизланиб, нуклеотид ва фосфат кислота ҳосил қилади; бу ҳодиса қисман ичак йўлида, қисман эса ичак ҳужайраларида уларга моноклеотидлар сўрилиб ўтганидан кейин рўй беради.

Овқат таркибида қабул қилинган нуклеопротеинларнинг ҳазмланиши ва сўрилиши ошқозон – ичак йўлида амалга оширилади. Ошқозон шираси таркибидаги хлорид кислота таъсирида нуклеопротеинлар оқсил ва нуклеин кислотага парчаланadi. Овқат таркибидаги бошқа оқсиллар каби оқсил қисми протеолитик ферментлар таъсирида гидролитик йўл билан аминокислоталаргача парчаланadi.

Нуклеин кислоталари ичакда меъда ости беши ширасининг нуклеазалари – ДНКаз ва РНКазлар таъсирида парчаланadi. РНКаз таъсирида пиримидин моноклеотидлар, ди- ва тринуклеотидлар аралашмаси ва РНКазга турғун олигонуклеотидлар ҳосил бўлади. ДНКаз таъсирида динуклеотид олигонуклеотид ва моноклеотид ҳосил бўлади. Ичак шираси таркибида полинуклеотидаза, нуклеозидаза ва фосфатазалар бўлади. Бу ферментларнинг таъсирида моноклеотид ва нуклеозитдлар ҳосил бўлади. Ичакда моноклеотидлар носпецифик фосфатазалар (нордон ва ишқорий) таъсирида парчаланadi, у моноклеотидларни нуклеозид ва фосфат кислотагача парчалайди ва улар сўрилади. Моноклеотидлар ҳам сўрилиши мумкин, уларнинг парчаланиши ичак шиллик қават ҳужайраларида содир бўлади. Асосан нуклеозидлар сўрилади, шундай ҳолда азот асосларининг маълум қисми организмда нуклеин кислоталарнинг синтези учун фойдаланилади.

Тўқималарда ДНК гидролизини қатор ферментлар амалга оширади:

1. Эндонуклеазлар – ДНК, РНК молекуласидаги ички нуклеотидлар орасидаги боғламларни узади, нуклеин кислоталар деполимеризациясини вужудга келтириб олиго-нуклеотидлар ҳосил қилади.
2. Экзонуклеазлар – яъни ДНК ва РНК молекуласидаги, охириги нуклеотидларни кетма- кет ажратади.

Хулоса қилиб айтганда, гидролитик нуклеазалардан ташқари нуклеин кислоталар парчаланишини катализловчи ферментлар бор, масалан трансфераз реакция ёрдамида. Улар бир моноклеотид рибозаси 5¹-углерод атомидаги фосфат кислота қолдигини қўшни моноклеотид 2¹-углерод атомига ўтказди, бу нуклеотидлар ўртасидаги боғламларнинг узилиши ва бир моноклеотидни ўзига рибоза 2¹ ва 3¹ – углерод атомлар ўртасида фосфодиэфир боғлам ҳосил бўлиши билан боради. Ҳозирги вақтда ДНК ва РНКнинг парчаланишини катализловчи нуклеазалар гуруҳи очилган.

КЎКРАК БЕШИ САРАТОНИНИ СКРИНИНГ ВА ЭРТА ТАШХИСЛАШ

*М.О.Ахмаджонова. М. Н. Қодирова
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Соғлиққа сезиларли таъсир кўрсатадиган асосий сабаблардан бири бу аёллар сут безининг хавфли ва хавфсиз турли хил касалликлари ҳисобланади. Сўнгги йилларда кўкрак беши саратони касллиги бу аёллар аҳолисининг хавфли касалликлари орасида касалланиш ва ўлим сабабларидан бири сифатида етакчи ўринни эгаллайди. Ўзбекистон шу билан бирга бир қатор мамлакатларда, сут безлари касалликларини аниқлаш давом этмоқда касаллик ва касалланиш устида олиб борилаётган текширувлар етарли даражада эмас, кўкрак беши саратонининг ривожланган шакллари даволашнинг самарали усуллари амалиётга тадбиқ этилмоқда. Агар ташхис касалликнинг дастлабки босқичида аниқланса ва ўз вақтида даволаш бошланса тўлиқ тикланиш эҳтимоли даволашни 95% ини ташкил қилади. Шунини ҳисобга олган ҳолда, маммологиянинг асосий йўналиши, доимгидек, излаш ва амалиётга тадбиқ этишдир. Кукрак беши саратонини ва сут безларининг саратон олди касалликларини эрта ташхислаш учун замонавий тиббий технологиялар муҳим аҳамиятга эга ва биз бу борада кенг камровли ишлар олиб бормоқдамиз. 13 ёшдан 65 ёшгача бўлган 2000 дан зиёда ёллар ўртасида ўтказилган сўров натижалари шуни кўрсатадики касалликнинг тарқалиши аёлларни ёши ва миллати бўйича тақсимланиш ҳолатлари ўрганилди. Ўрганилганларнинг асосий қисми 20 ёшдан 50 ёшгача бўлган ижтимоий жиҳатдан фаол ёш гуруҳларини ташкил этган. Биринчи босқичда барча аёллардан хавф омиллари мавжудлигини баҳолашга имкон берадиган махсус ишлаб чиқилган сўровномани тўлдиришлари сўралди. Кўкрак беши саратонининг пайдо бўлиши, умумий клиник текширув ўтказилди (текширув, сут безларини палпация қилиш) ва электромамографик текшириш, усулэлектромамография (ЕМГ) биопотенциалларнинг фарқини ўлчашни ўз ичига олади субъектнинг кўкраги ва қўлидаги биологик фаол нукталар ўртасида беморларни ЭМГ текшируви натижалари нормани тавсифловчи чегара қийматларининг камида биттасидан ошиб кетганда, контингентни анъанавий усуллар (МГ, ультратовуш ва бошқалар) текширишни талаб қиладиган хавф гуруҳига юборилади. Иккинчи босқичда аёллар комплекс текшируви ўтказилди "Фукуда Денсчи УФ-4100" аппаратда сут безлари ультратовуш текшируви частотаси 7,5 - 9 МГц бўлган чизикли трансдусер, кўрсаткичларга тўғридан-тўғри ва қиялик проекцияларида рентген-мамография тайинланди, Патологик синдромда сут безлари патологиясининг моҳиятини аниқлаш рентген ультратовуш текшируви билан бирга таркибини цитологик текшириш учун биопсия текширувини ҳам ўтказдик. Кенг камровли текширув сўров натижалари қуйидагиларни кўрсатди: сут безларининг нормал

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

холати ташкил этилган сўровда қатнашганларнинг (47,6%), уларнинг 566 нафари узбек миллатига мансуб аёллардир (57,6%), рус - 417 (42,4%). Шу билан бирга, сут безларининг патологик ҳолати кўпроқ рус миллатига мансуб аёлларда учраши аниқланди. Узбек аёлларида 50-59 ёшдаги гуруҳдан ташқари барча ёш гуруҳларида, сут бези касалликлари кўпроқ ташхис қўйилган. Диффуз толали турли хил шакллар кистмастопатияси 794 та (38,4 + 1,3%) аёлларда аниқланган, шулардан узбек миллатига мансуб 351 аёл (44,2%), ва 443 нафар рус аёллар (55,8%) ни ташкил этган. Кўпинча ДФКМ рус миллатига мансуб аёлларда учрайди касаллик гуруҳлари бўлган 40-49 ёш ва 60-69 ёшдан ташқари ёш гуруҳлари тахминан бир хил эди. Беморларнинг аксарияти гормонал фаол ёш 20-59 ёш (96,4%), лекин кўпинча бу касаллик 30-49 ёш гуруҳида (63,4%) содир бўлган. Шу билан бирга, 29,5% кўрсатилмаган қўшимча шикоятлар пайтида касаллик аниқланган. ЭМГ биопотенциал оғишни аниқлаганидан кейин. Нодалмастопатия шакли сўровда қатнашган 55 (2,7 + 0,4%) аёлларда аниқланди, шулардан 22 таси (40%) рус ва 33 (60%) узбек миллатига мансубдир. Ва уларнинг купчилигини 20-39 ёшдаги аёллар (75,6%) ташкил этган. Шу билан бирга, 40-49 ёшда, бу патология узбек миллати аёлларида сезиларли даражада тез-тез кузатилган, бошқа ёш гуруҳларида тугунли мастопатия юзага келган ва ҳар иккала этник гуруҳда ҳам бир хил даражада кенг тарқалган. Фиброаденомалар 97 да аниқланган (4,7 + 0,6%) аёллар, шу жумладан 45 (46,4%) узбек аёллар ва 52 (53,6%) рус миллатли аёллар булган. Кўпинча касаллик 20 ёшгача бўлган ёш гуруҳларида аниқланган 20-29 ёш (73,3%), яъни, вояга етмаган ва эрта туғиш ёшида. Фиброаденомалар кўпроқ рус миллатига мансуб аёлларда учрайди 20 ёшгача бўлган ёш гуруҳи (20,0 + 0,9% ва 14,3 + 9,3%), қолганларида ёш гуруҳлари, улар иккала этник гуруҳда ҳам бир хил даражада кенг тарқалган эди. Кўкрак бези саратони 39 (1,9 0,4%) аёлга ташхис қўйилган. Биз текширган беморларда кўкрак бези саратонининг энг юқори даражаси 40 ёшдан 59 ёшгача бўлган (63,6%), касаллик иккала этник гуруҳда ҳам бир хил даражада тез-тез учраган, фақат ИМ 60-69 ёшдаги гуруҳдан ташқари. Кўпинча рус миллатига мансуб аёлларда учрайди (20,8 + 8,3 ва 14,3 + 13,1%). 14 беморда саратоннинг дастлабки шакллари аниқланди (3 ҳолатда 35,8, саратон микрокальцификация бирикмаси шаклида аниқланди, 1 ҳолатда интрадуктал саратон (дуктография билан аниқланди), 2 ҳолатда – интратистик саратон, 3 ҳолатда – нодавлат саратон – ўсманнинг сезгир тугунли шакллари. Шундай қилиб, ҳавф остида бўлган аёлларни танлашда электромамография усулидан фойдаланиш, шунингдек янги техник ишланмалар ва тиббий тасвирлаш воситаларидан фойдаланган ҳолда комплекс нурланиш диагностикаси кўкрак бези касалликларини эрта босқичда аниқлашда энг муҳими, саратоннинг дастлабки босқичида жуда самарали ҳисобланади.

ИТЛАРДА ОРҚА ОЁҒИ АМПУТАЦИЯСИДАН KEYIN ДИНАМИКАДА МИЯЧА ЧУВАЛЧАНГИ НИШАБ БЎЛАГИ ПЎСТЛОҒИ ГАНГЛИОНАР ҚАВАТИНИНГ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

У.Б.Ахмедов., Р.И.Исроилов
Андижон давлат тиббиёт институти,
Тошкент тиббиёт академияси

Морфометрик ҳисоблашлар шуни кўрсатдики, миёча чувалчанги нишаб бўлаги қатламларидан ганглионар қават қалинлиги назорат гуруҳи ҳайвонлари миёчасида $42,6 \pm 0,74$ мкмни, орқа оёқ ампутациясидан кейинги 7-кунда тўқимада дисциркуляция ва шиш жараёни ривожланиши ҳисобига $50,7 \pm 0,65$ мкмгача қалинлашганлиги, тажрибанинг 30-кунига келиб, бу қаватда шиш ва деструкция ўзгаришларининг камайиши ҳисобига $41,3 \pm 0,48$ мкмгача юқалашганлиги, тажрибанинг охириги даврларида келиб, бу қатлам структур бирликларида компенсатор жараёнларнинг авж олиши кузатилди ва тажрибанинг 90-кунда $48,6 \pm 1,23$ мкм, яъни меёрдагидан ҳам қалин торганлиги кузатилди. Шу ўзгаришларга монанд равишда ганглионар қаватдаги нейронлар сони ҳам мутаносиб равишда ўзгариб борганлиги кузатилди. Агар назорат гуруҳида нейронлар сони $9,6 \pm 0,7$ тани ташкил қилган бўлса, тажрибанинг бошланғич ва ўрта даврларида икки баробар камайганлиги, тажрибанинг охириги даврида яна қайтадан кўпайганлиги $8,2 \pm 0,7$ тагача етганлиги аниқланди.

Ганглионар қават Пуркинье хужайралар ўлчами, яъни хужайранинг кенг диаметри ва кичик диаметри деярлик бир хил даражада ўзгариб борганлиги кузатилди. Бу нейронларнинг ўлчамлари тажрибанинг бошланғич даврларида шиш ва деструктив ўзгаришлар таъсирида бўжмайим кичиклашиб борганлиги, тажрибанинг охириги даврларида катталашиб, ҳатто назорат гуруҳи кўрсаткичларидан ҳам катталашганлиги, яъни 90-кунда нейроннинг кенг диаметри $46,6 \pm 3,23$ мкмгача, катталашганлиги кўрилди.

	40х объектда хужайралар сони	Ганглионар қават қалинлиги, мкм	Пуркинье хужайра кенг диаметри, мкм	Пуркинье хужайра кичик диаметри, мкм	Пуркинье хужайра ядроси диаметри, мкм	Ядро – цитоплазматик нисбат
Тажриба кунлари						
Назорат	$9,8 \pm 0,7$	$42,6 \pm 0,74$	$38,6 \pm 2,6$	$28,7 \pm 1,8$	$19,3 \pm 1,4$	0,5

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

7	5,2±0,4	50,7±0,65	35,2±1,8	22,4±1,6	17,4±1,3	0,49
21	3,7±0,5	53,3±0,57	30,4±1,7	20,8±1,4	16,7±1,8	0,54
30	5,4±0,3	41,3±0,48	34,7±2,4	24,3±1,9	18,5±1,5	0,53
60	6,5±0,6	42,4±1,12	38,7±2,8	31,5±2,5	20,4±2,4	0,52
90	8,2±0,7	45,2±1,23	46,6±3,23	35,6±2,7	21,5±2,2	0,46

Пуркинъе нейрон ядро диаметри назорат гуруҳида 19,3±1,4 мкмни ташкил қилган бўлса, тажрибанинг 21 - кунида кариопикнозга учраши, яъни 16,7±1,8 мкмгача кичиклашганлиги, 90-кунига келиб назорат гуруҳидагидан ҳам катта, 21,5±2,2мкмгача етганлиги аниқланди.

БОЛАЛАРДА БИЛАК ВА ТИРСАК СУЯГИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ҲОЗИРГИ ЗАМОН ТАМОЙИЛЛАРИ

Ашуралиев Санжарбек - Педиатрия факультети 501-гуруҳ талабаси

Илмий раҳбар: Қўлдашев Қахрамон Абдуҳалилович.

Андижон давлат тиббиёт институти

Болаларда билак суякларининг синишлари, хусусан ёпиқ синишларнинг умумий сонига нисбатан 11,5 дан 30,5% гача ташкил қилади ва оғир ҳамда мураккаб шикастланишлар каторига киради.

Ёзилган қўлга таяниб йиқилишда (кўпроқ билакка зарб тушганда) билак суяғиди афизининг учдан бир пастки қисми синиши ва тирсак суягининг бошчаси чиқиши мумкин. Билак суяғи энг нозик жойидан (кийиш жойидан) синади. Билак суяғи бўлаклари олдинга, орқага очик бурчак ҳосил қилиб, тирсак суягининг бошчаси эса қафт ва қафт орқасига сурилади. Дистал суяк бўлак юқорига сурилишдан ташқари, мушаклар қисқариши натижасида пронация ҳолатини эгаллайди. Юқоридагилар сабаб, ушбу синишлар мураккаб, асоратланишга мойил синишлар турига киради. Бемор болалар кўздан кечирилганда билакнинг учдан бир пастки қисмида ва билак-қафт бўғимида шикастнинг мазкур турига хос деформация аниқланади. Билакнинг орқа сатҳида чуқурлик қафт томонида эса билак суяғи бўлакларининг гбурчак ҳосил қилиб сурилиши билан боғлиқ бўлган бўртма бўлади. Билак-қафт бўғимининг орқа-ёки қафт-тирсак юзасида тирсак суяғи бошчасининг сурилиши ҳисобига бу соҳанинг қафт ёки қафт орқаси томонида тегишли чуқурлик билан бирга бўртиш ҳам кузатилади.

Пайпаслаш шикаст соҳасидаги оғрикни, билак суяғи ўқининг кийшайишини аниқлайди. Пайпаслаб кўрилганда билак-қафт бўғимининг тирсак томонида қаттиқ суякнинг чиқиб қолгани — тирсак суягининг бошчаси аниқланади. Билак ўқига оғирлик тушиши оғриққа сабаб бўлади. Тирсак суяғи бошча соҳаси кўрилганда у осонгина жойига тушади ва босиш тўхтатилганда ёки билак ҳаракатларида ҳайта сурилади. Билакни билак-қафт ва тирсак бўғимлари билан икки проекцияда рақамлик рентгенография қилиш ташхисни ва бўлакларнинг сурилиш характерини аниқлаб беради.

Даволаш. Синган суяк репозицияси ва тирсак суягининг бошчасини тўғрилаш бошчасининг чиқиши қайталанишга мойиллиги сабабли травматолог учун кийин вазифа ҳисобланади. Репозициядан кейин қўлга бармоқларнинг асосларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача 8-10 ҳафтага гипсли боғлам қўйилади. Бўлакларни репозиция қилиш ва тирсак суяғи бошчасини тўғрилашга уриниш муваффақиятсиз чиққанда жарроҳлик усулини қўллаш керак. Жарроҳлик усулининг мақсади билак суягининг очик репозиция ва остеосинтез қилишдан, шунингдек тирсак бўғими бошчасини очик жойига солиш ва тўғрилانган ҳолатда сақлаб туришдан иборат. Жарроҳлик усули бармоқлар асосидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача 8-10 ҳафтага гипсли боғлам қўйиш билан тугалланади.

Юқоридагиларга асосланиб қуйидагича хулоса қилинди. 2021-йилнинг 3 ой давомида Андижон вилоят ШТЁИМ болалар травматология бўлимида даволанган кетган беморларни таҳлили ўтказилганда унга кўра, болаларда билак ва тирсак суяғини шикастларини 85.7% ўғил болаларда, қизларда эса 14.3% учрайди. 71.4% ҳолатда чап қўл шикастланган. Беморларнинг 71.4% и юқори синф ўқувчилари ташкил этди. Уларнинг анамнезидан маълум бўлишича, ушбу шикастланишга спорт жароҳатлари ва автоҳалокатлар сабаб бўлган. Демак, юқори синф ўғил болаларга спорт билан тўғри шуғулланиш ва йўл транспорт коидаларига риоя қилиш ҳақида тушунтириш тадбирлари ўтказсак, болаларда билак ва тирсак суяғини шикастларининг олди олинади. Яъни шикастланишлар ҳолати камаяди, соғлом авлод салмоғи ортади.

ХУШОМАД КАТЕГОРИЯСИНИНГ СЕМАНТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

*З.Бадалова –даволаш факультети талабаси,
Илмий раҳбар: Д.Н.Игамова Хорижий тиллар кафедраси катта ўқитувчиси
АДТИ*

Хушомад инсоният тарихи билан чамбарчас боғлиқ. Инсоният яралибдики, улар бир-бирларига хушомад қиладилар. Шунинг учун бу категория маълум даврнинг махсули ҳисобланмайди. Мисолларга мурожат этамиз:

- отасининг боласида, деб Зиё шоҳиги меҳмонларга қараб қўйди.
- Умри узок бўлсин, деди Акрам хожи йигитларимиз ичида энг ақллиги экан. Агарда хон кўтариш мени кўлимда бўлса эди, хон қилиб Отабекни кўтарар эдим. (А.Қодирий “Ўтган кунлар” 309 бет)

Примқул Қодиров ҳам “Бобур” асарида хушомадлардан кенг фойдаланган.

- Ҳазратим, Сизнинг улуғ ишончингиз менинг танимга янги бир жон ато қилди! Бироқ, не қилайки, мен дунёдаги барча неъматлардан, ҳатто ўз жонимдан ҳам сиз билан Хумоюннинг ортиқ кўрармен, Сиз ҳозир раҳнамолик санъатида беназирсиз.

Бадий асарда хушомадни ифодаловчи сўзлар асар тилининг ранг-баранглигини, жозибадорлигини оширади. Демак, хушомад тилнинг гўзал бўлишини, нутқнинг ранг-баранглигини ва инсонлар ўртасида ҳосил бўладигон илиқ муносабатларини таъминлайди.

- Марғилонда шундай келинимиз бор экан-у, биз билмай юрган эканмиз.

- Юсуфбек хожи (қайнота) шу хушомад орқали самимийликни очиқлик билан кутиб олганини кўрсатмоқда.

Бундай хусусиятлар немис ёзувчилари томонидан ҳам бадий асарларда кенг ва мазмунли ёритилган. Немис адиби Шиллер ўзининг “Kobale und Liebe” асарида бундай сўзлардан оқилонга фойдаланган. Шу ўринда жаноб Вурлини президентга қилган хушомадини кўрсатиб ўтиш мумкин.

Wurm Das schonste Exempler einer Blondine, nicht zu viel gesagt, neben den ersten Schonheiten des Hofes noch Tigur Machen wurde.

Оппоқ момиқдай, куйдирмажонларнинг энг ўткири?... Ўрдаги бориб турган танноз қизлардан сира қолишмайди десам муболаға бўлмайди. (Kobale und Liebe 328 бет).

Ich beschware Sie, Teuзер, Golder!-Erstichen Sie diesen Gedanken! Ich will mir ja alles gefallen lassen (388 s)

-Ялинаман сизга, азизим, олтиним! Бу фикрларни бошимиздан чиқариб ташланг. Мен ҳамма, ҳамма нарсга тайёрман.

Комил Яшин ва Маъруф Ҳаким таржимаси, 103-104 б.

Шунингдек, хушомад маъносида бадий тасвир воситаларидан фойдаланиш кузатилади. Бу эса фикрнинг аниқ, раво мақсадли ифодаланишига хизмат қилувчи етакчи олимлардан биридир.

Инсон дунёга келар экан, унинг шахсини шарафлаш мақсадида унга чиройли исм берилади. Ота оналар ўз фарзандларига муносиб исм топишга ҳаракат қиладилар. Дейл Корнегининг “Как завоевать друзей и оказывать влияние на людей” китобида айтилишича, «Помните, что имя человека – это самый сладостный и самый важный для него звук на любом языке. Вот почему во всём мире родители уделяют большое внимание при выборе имени новорожденного и стараются при этом назвать своих малышей самыми красивыми и значимыми именами. А на Востоке этот вопрос рассматривается родителями и родственниками малыша очень тщательно. При выборе имени учитываются исторические родоплеменные корни, Так как на Востоке очень распространено суеверие: будто бы имя малыша переопределяет его дальнейшую судьбу»

Демак, Корнегиннинг фикрича, инсонга исм танлаб қўйиш ҳам унинг шахсини етарлича баҳолаб, уни шарафлашга асосдир. Тарихда ўтган буюк саркарда, ёзувчи, олим фозилларнинг исмларни чакалоққа қуядилар. Бу унинг шахсини шарафлашнинг яна бир усули ҳисобланади.

Отингиз ҳам Жайрона, кузларингиз ҳам, коматингиз ҳам, юришларингиз ҳам жайроннинг узи. (Саид Аҳмад: «Жимжитлик», Т, Узб. 2006 й. 80 бет)

Ушбу мисолда хушомад қилувчи шахс кизнинг исми орқали ишора қилиб, унинг гўзаллигини, кўзлари, қомати, ҳатто юришларидаги нафисликни бирликка Жайрона сўзида умумлаштириб, киздаги жайронга ўхшаш жихатларни бўртириб тасвирлаш орқали мақсадини янада таъсирчан ифодалашга ҳаракат қилади

Тил манбалари гувоҳлик беришга хушомад категорияси семантик диапазонни жуда кенг қамровли бўлиб, соф хушомаддан ташқари яна инсон шахсини улуғлаш, эркалаш ва кичрайтириш каби прагматик хусусиятларини ҳам ифода этади.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ОИЛА ПОЛИКЛИНИКАСИ ШАРОИТИДА ФЕРТИЛ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР СИЙДИК ЙЎЛИ ИНФЕКЦИЯСИ ХАСТАЛИКЛАРИНИ САМАРАЛИ ДАВОЛАШ

С.Т.Бахромов, Ж.М. Худайбердиев, Г.У.Назарова
Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Оила шифокори амалиётида ФЁАлар сийдик йўли инфекцияси (СЙИ) хасталиги муаммосини сийдикдаги бактериянинг тури ва шу бактериянинг антибиотикларга сезувчанлик даражасини аниқлаб, ташхислаб, самарали даволаш ва профилактик чора тадбирларни қўллаш.

Материаллар СЙИ хасталиклари билан мурожаат этган 46 нафар фертил ёшдаги аёллар текширувдан ўтказилди. Беморларнинг 23 нафари (50%) жинсий ҳаёт кечирмаиди, 23 нафари (50%) жинсий ҳаёт кечиради. Баҳолаш мезонларига қуйидагилар асос қилиб олинди: аёллар ёши 15-49 гача, шу ёшдаги аёллардан сийдик тош касаллиги, сийдик йўли аномалияси, структураси, қандли диабет хасталиги қайд этилмаган, сийдик йўлига катетр қўйилмаган, ҳеч қандай жарроҳлик амалиёти ўтказилмаган, иммунодефицит ҳолати бўлмаган беморлар танлаб олинди. Беморларнинг СЙИга шикоят, анамнез маълумотлари, объектив белгилари, лаборатория ва инструментал текширув хулосалари, клиник ташхис асослари ва даво тавсиялари № 025 шаклидаги амбулатор беморнинг тиббий ҳужжатларига туширилди. Беморларга тавсия этилган даво чоралари давомийлиги, хасталикни қайталаниш ҳолатлари, муолажа ўтказиш сифатлари назоратга олинди. Барча 46 нафар беморларга тўла гигиеник талаблар асосида, сийдикни анализ учун қандай олиш қоидаси тушунтирилди, умумий қон, умумий сийдик анализи билан биргаликда, сийдикни Ничепоренко усулида текшириш, ҳамда сийдикни бактериологик экиш ва микробнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш тавсия этилди. Шунингдек қондаги мочевина, азот қолдиги, креатинин миқдори ҳам текширилди.

Натижалар: Мурожаат этган барча ФЁАларда клиник симптомлар мажмуаси қуйидаги кўринишни олди: дизурия – 44 (95,6%), сийдик келиш ҳисси -36(78,2%), сийдик тута олмаслик - 30(65,1%), қов соҳасида оғрик 29(63,4%), бел соҳасида оғрик -28(60,8%), иситма-35(76,0%), қалтираш- 25 (54,3%), терлаш- 23 (50,0%), гематурия- 4 (8,6%) беморларда кузатилади. Беморларнинг умумий қон таҳлилида лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши кузатилди, умумий сийдик таҳлилида эса сийдикда оксил миқдорининг 0,033 % ортиши, бактерия мавжудлиги, лейкоцитлар миқдори ортиши аниқланди. Қондаги мочевина, азот қолдиги, креатинин миқдори меъёрий кўрсаткичларда бўлди. Сийдик йўллари ультратовуш текширувларида сийдик аъзолари ва йўлларида сийдик тоши, ўсмалар, аномалиялар топилмади. Текширувларимизда энг кўп касаллик қўзғатувчи микроблар гуруҳи *Esherichia coli* гуруҳи бўлиб, 60,8%ни, стафилакоккли инфекциясилар 17,4%, бошқа инфекциялар 21,8% ни ташкил этди. Касаллик қўзғатувчи микроблар таркиби жинсий ҳаёт кечирувчиларда хилма-хиллиги билан фарқ қилди. СЙИ хасталиги билан беморларни самарали даволашда анемнез, хасталик даражаси, инфекциянинг сийдик йўлида жойлашуви ва албатта антибиотикларга сезгирлигига боғлиқ томонларини тўла ўрганиб чиқиш керак. Назоратимиздаги беморларда асоратланмаган сийдик йўли инфекцияси оқибатли касалликларнинг нозологик кўриниши сурункали пиелонефрит билан 15 (32,6%), сурункали цистит 10 (21,7%), уретрит 19 (41,3), ўткир пиелонефрит 2 (4,4%) ни ташкил қилди. Беморларда СЙИнинг антибиотикларга сезувчанлик ҳолатлари аниқланди.

Беморларни даволашда антибиотиклардан Р (personal) препарат танлаб олиниб, 7-10 кунлик схемада даволаш ўтказилди. Қўшимча восита сифатида анъанавий воситалар қўлланилди. Микроб эрадикациясини тезлатиш мақсадида кун давомида 1-2 литргача суюқликлар (шарбатлар, компотлар, гиёҳдан тайёрланган сийдик ҳайдовчи чойлар, суюқ овқатлар) тавсия этилди. Кузатувимиздаги беморларда назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан самарали натижалар: клиник белгиларнинг турғун камайиши, касаллик муддатининг қисқариши, ишга лаёқатлилигининг бузилмаслиги, асоратларнинг юзага келмаслиги, фертил ёшдаги аёллар саломатлик сифатларининг яхшиланиши, бактериуриянинг тез барҳам топиши, беморларни стационар давога эҳтиёжининг камайиши ҳамда даволанишга сарф бўлган харажатнинг камайиши билан намоён бўлди. Лекин шуни эътироф этиш керакки, бактериологик натижалар тайёр бўлгунча маълум вақт (48 соат) сарф бўлди.

Хулоса: 1. Амбулатор беморларда бактериурия ва микробларни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш асосий ташхисий мезонлардан бири ҳисобланади.

2. Фертил ёшдаги бемор аёлларда бу усулни қўллаш стационарга йўлланаётган беморлар сонини камайтиради ва ҳаёт сифатини яхшилаиди.

3. Беморларнинг оилавий харажатларини тежашга ёрдам бериб, маънавий ва иқтисодий зарарни камайтиради.

4.ФЁАларда ёш ўтиши ва турмушга чиқиб, жинсий ҳаёт кечириш даврида профилактик мақсадда бактериурияни аниқлаб туриш фойдадан ҳоли эмас.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ОЛИМА АЁЛЛАРНИНГ ОИЛА ТАРБИЯСИДАГИ ПЕДАГОГИК ВА ПСИХОЛОГИК РОЛИ

М.Х.Будикова

*Андижон давлат тиббиёт институти
Хорижий тиллар кафедраси*

Мустақил Ўзбекистоннинг истиқлол мафкураси унинг келажак пойдевори ҳисобланади. Республикамизда сиёсий, иқтисодий мустақилликка эришиш борасида ҳуқуқий давлат тузиш учун онгни таййиқ асоратларидан холос этмоқ лозим. Бу йўлда педагогика илми катта аҳамият касб этади. Педагогиканинг илмий асосларини ташкил этувчи қатор тамойилларга ўз таъсирини кўрсатадиган психологик ҳатти ҳаракатларни ўрни ва уни таъсир кучи маълумдир. Ўтган асрнинг бошларида Абдулла Авлоний "Тарбия бизлар учун ё ҳаёт – ё нажот – ё ҳалокат, ё саодат – ё фалокат масаласидир", деган эди. Энг аввал бу фикр тарбияни оилада касб этилишига ва бунинг учун бугунги оилада, психологик омилларни аниқлаган ҳолда, уни тарбиявий кучини ошириш учун турли усулларни кидириш ва қўллаш муҳимлигидир.

Нима учун деганда ўтган асрнинг охирида ва янги асрнинг ўтган ўнлигида янги давлат ривожланиши билан биргаликда оилавий шароитлар ўзгариб болаларга таъсир этувчи психологик воситалар ҳам сони ва ҳам жиҳати доирасида ўзгарди. Демак шу кунгача оилаларда қўлланиб келган хилма – хил тарбия усуллари, уларни психологик омиллари ҳам ўзгариб бормоқда. Бу оиланинг ҳўжалик жиҳозланиши, маданий муҳитининг савиясига боғлиқ бўлиб, унинг кўтарилиши умуман олганда, тарбия элементларини ўзгартиради.

Оила ҳозирда демократик жамият қураётган, келажакда буюк давлат барпо қилиш ниятида бўлган давлатнинг асосий ҳужайрасидаги тарбия, яъни оила тарбияси ҳам, асосий элементи деб қабул қилиниши лозим ва шунинг учун у алоҳида аҳамият касб этади. Тарбия кенг маънода ўсиб келаётган ёш авлодни оила муҳитида жамият талаблари асосида ҳаётга тайёрлашдан иборат. Тарбия жараёнида ўсиб келаётган ёш авлод ўзидан олдинги авлод томонидан тўпланган билим, одоб, урф – одат, маданият ва меҳнат қўникмаларини аъзоларининг сони катта кичик бўлган турли оилаларда шакллантиради. Оилаларда азалий тарбия усуллари миллий анъаналар, ҳаётий тажриба, оила аъзоларининг таълим даражасига боғлиқ бўлиб, сифати ўзгаради.

Келажак авлодни тарбиялашда оиланинг ва бунда олима аёлларнинг бекиёс роли унинг бола ривожига яқинлиги, индивидуаллиги, бетакрорлиги, таъсир этиши жиҳатидан алмаштириб бўлмаслиги билан белгиланади.

Бунда ҳар бир боланинг ўзига хослигини ота – оналар ҳар қандай тарбиячидан, ўқитувчи ёки бошлиқдан яхши билганлиги ҳисобга олинади. Мана шунинг учун ҳам бўлажак авлодни тарбиялаш ишида мактаб ва жамоатчилик оилага суянмаслиги мумкин эмас. Тарбияга комплекс ёндошишни ҳисобга олиб оилада асосий эътиборни ахлоқий ва меҳнат тарбиясига, болаларни эстетик ва жисмоний ривожлантириш масалаларини ҳал қилишга қаратиш муҳим аҳамиятга эга деса бўлади. Педагог кадрларни тайёрловчи олима аёллар педагогика институтлари ва университетлари талабаларига бу масалаларни, шунингдек уни ечиш шакл ва йўллари яхши

билишларини талаб қилишлари керак. Оила тарбиясига боғлиқ мавзуларни ҳадисларида тарғибот этган мутаффақирлар Имом Исмоил Ал – Бухорий, Ат – Термизий, Суфен Саврий Куфий айтганлари орқали маълумдир. Бу ҳадисларда айтиладики, тарбияда энг инсоний хислатлардан бири сифатида ота – онага ғамхурлик, уларни эъзозлаш, ота – она ҳаққини ўз ўрнига қўйиш фарзанд ҳаққини ҳимоялаш, уларга эътибор бериш муҳим аҳамиятга эгадир. Ота – она ҳаққини адо этиш ҳар бир фарзанд учун фарз деб кўрсатилган. Олима аёллар томонидан оилаларда булар таъсирли ва ишонарли мисолларда, ота – она, оила аъзоларининг ишлари ва корхоналардаги бўлган ҳодисаларни оилавий суҳбатларда талқин этилиши, насиҳатлар тариқасида келтирилиши, кучли психологик таъсирга эгадир. Бундай мисолларда ота – онанинг дилини оғритиб, озор бериш, хафа қилиб буйруқларини бажармаслик ҳам қораланади. Ёлғончилик билан тухмат қилмоқ ҳам ҳадисларда оғир гуноҳлардан эканлиги қайд этилади. Ота – она ҳам, ўз навбатида фарзандларини тарбия этмоғи, одоб ўргатиши, яхшилик қилиши лозимлиги таъкидланади. Ҳар бир оиланинг жиҳозларида бор бўлган телевизор экранда хорижий сериаллардаги инсонлар орасидаги намунавий муносабатлар сифатида, бадиий жиҳатдан паст, сохта кадрлар оилавий педагогиканинг салбий омиллари бўлмоқда. Анъанавий оилавий педагогикада инсонларнинг маънавий соғлом, қобил бўлишларини тилаб кўп ҳолларда диний ахлоқга мурожаат этилган ва одоб, Аллоҳ таолонинг тавфиқи билан бўлади дейилган. Бу билан бир вақтда уларга одоб – ахлоқ ўргатиш оталар вазифасидир деб уқтирилган.

Ҳар бир киши отасига яхшилик қилганидек, болаларига ҳам яхшилик қилиши шартдир, чунки инсон бўйнида ота ҳаққи бўлганидек, боланинг ҳам ҳаққи борлиги китобларда уқтирилади. Бу тўғрида олима аёлларимиз оилада

мунтазам тушунтиришлар олиб боришлари мақсадга мувофиқ бўлар эди, албатта.

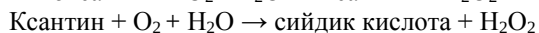
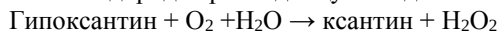
Оилавий тарбияда олима аёллар психологияси аҳамиятининг ошиши, инсоннинг оиладан ташқарида, кўчада, жамоат жойларда унга эътиборнинг ошишига олиб келиши муқаррарлиги, эътибор камайганида эса оилада, бунинг учун товон тўлаши талаб этилишига ҳам боғлиқдир.

ПУРИНЛИ НУКЛЕОТИДЛАР КАТАБОЛИЗМИ

Валиев М.О.- Стоматология факултети 2 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Бокиев М.М.-Биологик кимё кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти

Пуринли нуклеотидлар катаболизми фосфат қолдиғи, рибоза қолдиғи ҳамда аминогруппани гидролитик йўл билан ажратиш олиш реакцияларни ўз ичига олади.

Гипоксантиннинг ксантинга ва ксантиннинг сийдик кислотасига айланиши ксантиноксидаза таъсири остида ўтади; бу реакцияларда кислород молекуласидан фойдаланилади, унинг бир атоми пуринга, иккинчиси эса водород пероксидга қўшилади:



Сийдик кислота асосан жигарда ҳосил бўлади, пуринли нуклеотидлар катаболизмининг асосий маҳсулотидир. Одам организмида 1 суткада 0,5 – 1г сийдик кислота ҳосил бўлади, буйраклар орқали чиқариб турилади.

Соғлом одам қонига 3-7 мг/дл (0,15—0,47 ммоль/л) сийдик кислота бўлади, қонига 0,4-0,6 г сийдик кислота ва уратлар сийдик билан ажралади. Унинг концентрациясининг кўпайиши (гиперурикемия) подагра касаллигига олиб келади. Сийдик кислота кучсиз кислота бўлиб, суюқликларда диссоциацияланмаган ва тузлар шаклида бўлиши муҳитнинг рН боғлиқлигида кузатилади. Физиологик муҳитда сийдик кислотасининг 3 протонидан фақат битта протон диссоциацияланган. Шунинг учун биологик суюқликларда диссоциацияланмаган оксиллар билан бириккан ҳолда, ҳамда натрийли тузлар шаклида бўлади. Уратларнинг эрувчанлиги сийдик кислотасига нисбатан юқори. Жумладан, агар пешоб рН 5,0 атрофида бўлса, унинг эрувчанлиги рН7,0 нисбатан 10 мартаба паст. Асосан сийдик рН кучсиз кислотали, шунинг учун сийдик-чиқарув йўлларида сийдик кислота кристаллари ҳосил бўлади.

Сийдик кислота сувда ёмон эрийди, қонда оксил ва бошқа моддалар билан бириккан ҳолда бўлади. Подагра касаллигида майда бўғимларда такрорланувчи ўткир яллиғланиш кузатилади (подагра кризлари). Кўпинча касаллик оёқ бош бармоғининг биринчи бўғимини яллиғланишидан бошланади. Криз вақтида оғриқ кучли бўлганидан, бемор чойшаб тегишига чидай олмай қолади. Касаллик хуружи соатлаб давом этади ва бир неча ойдан кейин такрорланади. Криз даврида сийдик кислотанинг моносодирийли тузи кристаллари бўғимда тўпланади. Урат кристалларини лейкоцитлар фагоцитлайди.

Кристаллар таъсирида лизосома мембраналари емирилади. Ажралиб чиққан лизосома ферментлари ҳужайраларини емиради, ҳужайра парчаланиши маҳсулотлари эса яллиғланишга сабаб бўлади. Уратларнинг тўпланиб кўпайиб бориши натижасида подагра тугунлари (тофуслар) пайдо бўлади. Улар кўпинча майда бўғимлар, пайлар, тоғай ва терида тўпланади. Тофус устидаги тери атрофияга учраб емирилади, шунда уратлардан ташкил топган қуқун тўкилиб туради. Бўғимларда тугунлар пайдо бўлиши уларнинг шаклини ўзгартириб, функциясини издан чиқаради. Буйрак тўқималарида уратлар тўпланиб қолиши буйрак етишмовчилигига подагранинг кўп учрайдиган асоратига олиб келади. Уратлардан буйрак тошлари ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Подагра кенг тарқалган касалликдир: турли мамлакатларда катта ёшли аҳолининг 0,3 дан 1,7 % гача бўлган қисми подагра билан оғрийди. Эракларда қон зардобиди умумий уратлар миқдори тахминан 1,2 г, аёлларда – 0,6 г, шунинг учун эраклар орасида бу касаллик аёлларга қараганда 20 баравар кўпроқ учрайди. Тофусларсиз подаграда уратлар миқдори 2—4 г ортади, тофуслар билан кечадиган подагранинг оғир шаклида унинг миқдори 30 г қўтарилиши мумкин.

ТАЪЛИМ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШДА ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ ЎРНИ

Г.М. Ғофурова
Илмий раҳбар: Л.С.Худайбердиева
Хорижий тиллар кафедраси

Бугун Ўзбекистон демократик ҳуқуқий давлат ва адолатли фуқаролик жамияти қуриш йўлидан изчил бораётганлиги учун кадрлар тайёрлаш тизими тубдан ислоҳ қилинди, давлат ижтимоий сиёсатида шахс манфаати ва таълим устуворлиги қарор топди. Ўқув-тарбиявий жараёни илғор педагогик технологиялар билан таъминлаш зарурати ҳам кадрлар тайёрлаш миллий дастурини рўёбга чиқариш шартлари дан биридир.

Ҳозирги замон шароитида, юқори малакали кадрларни тайёрлашда, ўқитишнинг ҳозирги замон тизимлари ва янги педагогик технологиялари асосида амалга оширилиши мақсадга мувофиқдир. Янги педагогик технологияларни ҳислати шундаки, унда қўйилган мақсадларга эришиш кафолатини берувчи ўқув жараёни режалаштирилади ва амалга оширилади. Дарҳақиқат, машғулотларнинг муваффақиятли ўтишининг 80 фоизи таълим жараёнини тўғри лойиҳалаштириш, ташкил этиш ва уни амалга оширишга боғлиқдир.

Ўқув жараёнларини лойиҳалаштиришда таълим мазмунини, таълим мақсади,

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

кутилаётган натижани тўғри белгилаш, таълим методлари, шакллари ва воситаларини тўғри танлаш, талабаларнинг билим, кўникма ва малакаларини баҳолашни аниқ мезонларини олдиндан ишлаб чиқиш, машғулотга ажратилган вақт ичида уларни тўғри амалга ошириш ва бир-бири билан уйғунлашувига эътиборни қаратиш мақсадга мувофиқдир.

Ҳар қандай фаолият мақсади - келажақ фаолият натижасининг ҳаёлдаги қиёфасидир. Замонавий ўқитиш технологияси мақсадларга изчил мўлжал олишнинг асоси бўлиб, тезда ушбу борада қайтиб келадиган алоқа манбаи ҳисобланади. Бунда ўқув мақсадлари имкони борича аниқлаштирилади.

Замонавий педагогик технология ўзининг педагогика ва бошқа фан ютуқлари билан боғлиқ хусусий назариясига эга. У биринчи галда ўқув-тарбиявий жараёни илмий асосда қуришга йўналтирилган. Ўқитишнинг ахборотли воситаларидан, дидактик материаллардан, фаол методлардан кенг фойдаланишга асосланган ўқитувчи ва талабаларнинг биргаликдаги фаолиятига замин яратади.

Таълим жараёнида интерактив методлар, инновацион технологиялар, педагогик ва ахборот технологияларини ўқув жараёнида қўллашга бўлган қизиқиш, эътибор кундан-кунга кучайиб бормоқда. Бундай бўлишининг сабабларидан бири, шу вақтгача анъанавий таълимда талабаларни фақат тайёр билимларни эгаллашга ўргатилган бўлса, замонавий технологияларда эса, уларни эгаллаётган билимларни ўзлари қидириб топишларига, мустақил ўрганиб таҳлил қилишларига, ҳатто ҳулосаларни ўзлари келтириб чиқаришларига ўргатади. Педагог бу жараёнга шахснинг ривожланиши, шаклланиши, билим олиш ва тарбияланишига шароит яратади ва шу билан бир қаторда бошқарувчилик, йўналтирувчилик функциясини бажаради. Таълим жараёнида талаба асосий фигурага айланади.

Шунинг учун олий ўқув юртлари малакали касб эгаларини тайёрлашда замонавий ўқитиш методлари - интерактив методлар, инновацион технологияларнинг ўрни ва роли бениҳоя каттадир. Бунда педагогик технология ва педагогик маҳоратига оид билим, тажриба ва интерактив методлар талабаларни билимли, етук малакага эга бўлишларини таъминлайди.

Инновацион технологиялар педагогик жараён ҳамда ўқитувчи ва талаба фаолиятига янгилик, ўзгаришлар киритиш бўлиб, уни амалга оширишда асосан интерактив методлардан тўлиқ фойдаланилади. Интерактив методлар - бу жамоа бўлиб фикрлашдан иборат деб юритилади, яъни педагогик таъсир этиш усуллари бўлиб, таълим мазмунининг таркибий қисми ҳисобланади. Бу методларнинг ўзига хослиги шундаки, улар фақат педагог ва талабаларнинг биргаликда фаолият кўрсатиши орқали амалга оширилади. Бундай педагогик ҳамкорлик жараёни ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб, уларга қуйидагилар киради:

- талабанинг дарс давомида бефарқ бўлмасликка, мустақил фикрлаш, ижод этиш ва изланишга мажбур этиши;

- талабаларни ўқув жараёнида билимга бўлган қизиқишларини доимий равишда бўлишини таъминлаши;

- талабанинг билимга бўлган қизиқишини мустақил равишда ҳар бир масалага

- ижодий ёндошган ҳолда кучайтириши;

- педагог ва талабанинг ҳаммиса ҳамкорликдаги фаолиятини ташкилланиши.

Шундай қилиб педагогик технологиянинг энг асосий негизи - бу ўқитувчи ва талабанинг белгиланган мақсаддан кафолатланган натижада ҳамкорликда эришишлари учун танланган технологияларига боғлиқ деб ҳисоблаймиз, яъни ўқитиш жараёнида, мақсад бўйича кафолатланган натижага эришишда қўлланиладиган ҳар бир таълим технологияси ўқитувчи ва талаба ўртасида ҳамкорлик фаолиятини ташкил эта олса, ҳар иккаласи ижобий натижага эриша олса, ўқув жараёнида талабалар мустақил фикрлай олсалар, ижодий ишлай олсалар, излансалар, таҳлил эта олсалар, ўзлари ҳулоса қила олсалар, ўзларига, гуруҳга, гуруҳ, ва уларга баҳо бера олса, ўқитувчи эса уларнинг бундай фаолиятлари учун имконият ва шароит ярата олса, ана шу, ўқитиш жараёнининг асоси ҳисобланади. Ҳар бир дарс, мавзу, ўқув предметининг ўзига хос технологияси бор, яъни ўқув жараёнидаги педагогик технология - бу яқка тартибдаги жараён бўлиб, у талабанинг эҳтиёжидан келиб чиққан ҳолда бир мақсадга йўналтирилган, олдиндан лойиҳалаштирилган ва кафолатланган натижа беришига қаратилган педагогик жараёндир.

Юқорида билдирилган фикр мулоҳазалардан шундай ҳулосаларга келиш мумкин:

1. Таълим жараёни самарадорлигини ошириш, таълим олувчиларнинг мустаҳкам назарий билим, фаолият, кўникма ва малакаларини шакллантириш, уларни касбий маҳоратга айланишини таъминлаш мақсадида ўқитиш жараёнида янги педагогик технологиядан фойдаланиш давр тақозоси ҳамда ижтимоий зарурият сифатида кун тартибига қўйилмоқда.

2. Таълим жараёнига янги педагогик технологияни тадбиқ этиш кадрлар тайёрлашга йўналтирилган умумий жараён мазмунининг сифат жиҳатдан ўзгаришини таъминлайди.

3. Янги педагогик технология назарияси ғояларидан фойдаланиш асосида ташкил этилган таълим жараёни баркамол шахс ва малакали мутахассисни тарбиялаш борасидаги ижтимоий буюртманинг бажарилиш ҳолатининг сифат кўрсаткичига эга бўлишига олиб келади.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

БИРЛАМЧИ ТИЗИМ ФАОЛИЯТИДА БОЛАЛАРНИ КЎКРАК СУТИ БИЛАН БОҚИШ ҲАҚИДА ОНАЛАРНИНГ ХАБАРДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ОШИРИШ

Гуломиддинов Ботиржон 1-курс магистр

*Илмий раҳбарлари: ассистент Рахматова М.М., Я.Ф. Усманова
АДТИ Оилавий шифокорларни МО ва ҚТ, ССБ ЖСС кафедраси*

Мавзунинг долзарблиги. Эрта ёшдаги болалар 2 ёшгача кўкрак сути билан боқилса, қисқа муддат эмизиб боқилган ёки сунъий маҳсулотлар билан озиклантирилган болаларга нисбатан касалланиш ва ўлим ҳолатлари бўйича анча паст кўрсаткичларга эга.

Ҳаётининг биринчи кунларидаги овқат –бу боланинг орган ва тўқималарининг меъёрий ўсиши, жисмоний, психомотор ва интеллектуал ривожланиши учун қурилиш материали ва энергия манбаи ҳисобланади.

Кўкрак сути янги туғилган чақалоқ ва барча эмизикли болалар учун идеал овқат ҳисобланади. Кўкрак сути билан боқиш –янги туғилган чақалоқ ва барча эмизикли болалар морфологик ва функционал ривожланишининг генетик салоҳиятини рўёбга чиқаришга ёрдам берадиган муҳим омил бўлиб, ҳаётнинг дастлабки босқичларида ва кейинги даврларида чақалоқларнинг касалланиши ҳамда ўлимнинг камайишига ёрдам беради.

Тадқиқот мақсади. Болаларда дастлабки ойлarda кўкрак сути билан боқилмаса, унда бошқа сутларга нисбатан аллергия ривожланиши мумкин, шунинг учун кўкрак сути бола учун жуда муҳимдир. Чақалоқ 6 ойгача фақат кўкрак сути билан боқилиши керак. 6 ойдан бошлаб болага кўкрак сути етарли бўлмай қолади ва албатта қўшимча овқат берилиши керак. Аммо бола кўкрак сути билан қачон хоҳласа, шунда эмизлиши керак. Бирламчи тиббий бўғинда оналарга кўкрак сути ҳақидаги маълумотларини янада ошириш, кўкрак сути билан боқишнинг сифатини яхшилаш ва шу орқали болаларда касаллик ҳамда ўлим ҳолатларининг олдини олишни тушунтириш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Бизнинг текширув ишларимиз Андижон шаҳар, Шимолий кичик даҳа аҳолисидаги ота-оналар ўртасида ўтказилди. Текширувимишга 22 нафар оналар ва оиланинг бошқа аъзолари, яъни қайноналар гуруҳи ажратиб олинди. Текширув услуби сифатида махсус ишлаб чиқарилган саволномалардан фойдаланиб, анкета сўровномаси ўтказилди. Қатнашчилардан аввал 1-анкета сўровномаси олинди ва жавоб бердилар. Сўнгра ушбу қатнашчиларга кўкрак сути билан боқиш муҳимлиги, кўкрак сути билан боқиш орқали кўпгина ошқозон-ичак касалликларининг олдини олиш мумкинлиги, эрта қўшимча овқат бериш болаларнинг ўсиши ва ривожланишида жуда кўп муаммолар келтириб чиқариши мумкинлиги ҳақида маъруза ўқилди ва ролик ўйин, кинолавҳалар билан бойитилди. Бу маърузада маҳалла шифокорлари ҳам тингловчи сифатида иштирок этди. Маърузадан сўнг 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Қуйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 12(55%)киши, 2-анкета сўровномасида 21(95%)киши жавоб берди. .

Хулоса: Бирламчи тиббий бўғимда бирламчи – профилактик ишларимиз сифати яхши эмас. Текширувимиш натижаси шуни кўрсатдики, оналар ва оила аъзолар орасида кўкрак сути билан боқиш ҳақида билим савиялари паст даражада. Эрта қўшимча овқат берилса, болаларда касалликлар ривожланишининг ўсиши ва ривожланиш бўйича муаммоларга дуч келиши тўғрисида маълумотга эга эмас. Оддий шамоллаш даврида қўшнилар, қайноналар ёки айрим оналар шу маълумотлар камлиги туфайли болага туғилгандан бир неча ой ўтиши билан(2-3 ой) қўшимча овқатга ўтилмоқда

Тавсиялар: 1.ОШ ёш оилалар билан биргаликда бундай учрашув, давра суҳбатларини режа асосида доимий ўтказиб туришлари керак. 2.ОШ ва ҳамшира уйма-уй юриб, оилаларда яқка тартибда суҳбатлар олиб бориш ва патронаж ишларини кучайтиришлари керак.

БИРЛАМЧИ ТИЗИМДА ЎСМИРЛАР ОРАСИДА ОДАМ ПАПИЛЛОМА ВИРУСИГА ҚАРШИ ЭМЛАШ МУОЛАЖАЛАРИНИ ОЛИШ МУҲИМЛИГИ ҲАҚИДА ОНАЛАРНИНГ ХАБАРДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ОШИРИШ

Гуломиддинов Ботиржон 1-курс магистр

*Илмий раҳбарлари: ассистент Я.Ф. Усманова Рахматова М.М.,
АДТИ Оилавий шифокорларни МО ва ҚТ, ССБ ЖСС кафедраси*

Мавзунинг долзарблиги: Ҳозирги кунда вируслар сабабли келиб чиқувчи касалликлар инсон саломатлигида долзарб муаммолардан бири бўлмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотида кўра, ҳар йили 2,5-3 миллионга яқин одамларда папиллома вируси келтириб чиқарувчи касалликларга ташхис қўйилмоқда. Маълумотларга кўра, одам папиллома вируси 70 фоиз аёлларда аниқланади. Жаҳонда аёллар ўртасида хавфли ўсма касалликларидан вафот этиш бўйича бачадон бўйни саратони (раки) 5-ўринда туради. Аниқланишича, ҳар йили 470 мингга яқин илк бор аниқланган бачадон бўйни раки ҳолатлари кузатилади. Папиллома вирусли инфекциялар гуруҳи одам папиллома вируси келтириб чиқарувчи сурункали кечувчи бир гуруҳ юқумли касалликларни ўз ичига олади.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Папиллома вирусли инфекцияларнинг олдини олиш ва даволаш, аёлларда бачадон бўйни раки, эркалар жинсий аъзолари хавфли ўсма касалликларининг олдини олишда муҳим таркибий қисм ҳисобланади. Ўсмирларни жинсий масалалар бўйича тарбиялаш нospецифик профилактика бўлиб, вирусни юкиш йўлларини чеклашга қаратилган. Презервативларни қўллаш одам папиллома вирусини юкиш хавфини камайтиради, лекин тўлиқ ҳимояланишни кафолатламайди. Одам папиллома вирусининг хавфли ўсма касалликларини келтириб чиқарувчи (онкоген) турларига қарши эмлаш махсус профилактика усули бўлиб ҳисобланади. Эмлашдан сўнг турғун иммунитет шаклланиб, вирусдан ишончли ҳимоя ҳосил бўлади. Жинсий ҳаёт бошланмасидан олдин эмлаш энг самарали бўлиб, барча ёш аёлларга тавсия этилади. Жинсий ҳаёт билан яшовчи аёллар эмланишдан олдин одам папиллома вирусига тиббий текширувдан ўтиши талаб этилади.

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда оналар, ўсмирларга одам папиллома вирусининг хавфли ўсма касалликларини келтириб чиқарувчи (онкоген) турларига қарши эмлаш махсус профилактика усули эканлиги ҳақидаги маълумотларни янада ошириш, эмлаш ишлари сифатини яхшилаш ва шу орқали эмлаш орқали бошқарилиб бўладиган касалликларни олдини олиш. Ҳозирда жаҳонда вакцинанинг гардасил ва церварикс номли турлари мавжуд. Церварикс вакцинаси ген инженерияси ёрдамида тайёрланган бўлиб, вирус антигенларига бирдай таъсир қилади. Мана шу вакциналар билан 9-13 ёшли қиз болаларни тўлиқ камраб олидан иборат.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Бизнинг текширув ишларимиз Андижон шаҳар, қўшарик даҳаси аҳолисидаги ота-оналар ўртасида ўтказилди. Текширувимизга 35 нафар ота оналар ва оилани бошқа аъзолари, яъни бувижонлар гуруҳи ажратиб олинди. Текширув услуби сифатида махсус ишлаб чиқарилган саволномалардан фойдаланиб анкета сўровномаси ўтказилди. Қатнашчилардан аввал 1-анкета сўровномаси олинди ва жавоб ўрганилди. Сўнгра ушбу қатнашчиларга одам папиллома вирусининг хавфли ўсма касалликларини келтириб чиқариши (онкоген) турларига қарши эмлаш махсус профилактика усули борлиги, эмлашдан сўнг турғун иммунитет шаклланиб, вирусдан ишончли ҳимоя ҳосил бўлиши ҳақида маъруза ўқилди ва ролик ўйин, кинолавҳалар билан кўрсатилди.

Маърузадан сўнг 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Қуйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 13(37%)киши, 2-анкета сўровномасида 33(94%)киши жавоб берди. .

Хулосалар: Бирламчи тиббий бўғимда бирламчи – профилактик одам папиллома вирусининг хавфли ўсма касалликларини келтириб чиқарувчи (онкоген) турларига қарши эмлаш махсус профилактика усули бўлиб ишларимиз сифати яхши эмас. Текширувимиз натижаси шуни кўрсатдики, оналар ва оила аъзолар орасида эмлаш ҳақида билим савиялари паст даражада. Эмлашни вақтида олмаса, болада қандай асоратлар содир бўлиши тўғрисида маълумотга эга эмас.

Тавсиялар: ОШ оилаларда биргаликда бундай учрашувлар, давра суҳбатларини ёш оилалар орасида режа асосида доимий ўтказиб туришлари керак. 2.ОШ ва ҳамшира уйма-уй юриб оилаларда яқка тартибда суҳбатлар олиб бориш ва патронаж ишларини кучайтиришлари керак. 3. Суҳбатларни кўргазмалар қуроллар ва телеведенияда чиқишлар, буклетлардан фойдаланган ҳолда олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

ИНСОН ХУЛҚИ ВА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ

Жакбаралиев Сардорбек –тиббий педагогика йўналиши 5 - босқич талабаси
Худайбердиев Ж.М. – Оилавий шифокорлар малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш кафедраси
катта ўқитувчиси
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Инсон хулқ-атвор омиллари билан унинг ҳаёт тарзи ўртасида тўғридан тўғри боғлиқлик бор ва бу саломатликка таъсир этувчи детерминантлардан бири ҳисобланади. Аҳоли ўртасида мана шу боғлиқлик тўла ўрганилмаган катта муаммодир.

Мақсад: Назоратимиздаги аҳоли гуруҳларида инсон хулқ омиллари ва унинг турмуш тарзига таъсирини ўрганиб чиқиш.

Материаллар ва услублар: Назоратимиздаги ҳудудда 15 ёшдан 60 ёшгача аҳоли гуруҳини махсус анкета сўровномаси ўтказилиб ўрганиб чиқилди. Сўровномада 2224 нафар фуқаро қатнашди. Тадқиқот проспектив усулда олиб борилди.

Натижалар ва таҳлиллар: Анкеталар ўрганиб чиқилганда қуйидагилар аниқланди: Қатнашчиларнинг 25% кундалик ҳаётида ўзининг саломатлигига эҳтиёткорлик билан муносабатда бўлади. Қолган 75% бу соҳада эҳтиётсизлик қилади. Респондентларнинг 64% овқатланиш режимини сақламайди ёки сақлаш учун имконияти йўқ, 76,4% эрталабки гимнастика билан шуғулланмайди, 33,7% доимий кашанда, улардан 48% кун давомида 11тадан 20 донагача ва ундан кўп сигарета чекади, асосан эркалар. 64,7% турли даражада алькоголли ичимликлар истеъмол қилади. Эркаларнинг 60,8%да аёлларнинг 72%да бир ёки бир неча нозологик бирликдаги касаллик борлиги аниқланди. Аёлларда эркаларга нисбатан

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

камқонлик 3 барабар кўп, шунингдек остеохондроз, артериал гипертония, холецистит ва панкреатит 2 барабарга, эркакларда эса сурункали бронхит, яра касаллиги аёлларга нисбатан кўплиги кузатилди. Ижтимоий психологик стресс ҳолатлари ўрганиб чиқилганда, шахсият дезадаптацияси, келажакка ишончсизлик нуқтаи назаридан муносабат билдириб, ваҳима кузатилганлар 71,9% ҳолатларда қайд этилди. Эрталабки гимнастика билан фақат 23,6%, бўш вақтда жисмоний юклама ва спорт турлари билан шуғулланувчилар 31,3%ни ташкил этди. Бу айнан оила шифокори таъсир этиш мумкин бўлган жараён бўлиб, бу кўрсаткични яхшилаш учун ҳозирги кунда имониятлар мавжуд. Чунки, юртимизнинг ҳамма регионларида коллеж ва мактабларда спорт тўғараклари, спорт турларига мослаштирилган коллежлар, мактаблар, турли хил спорт клублари, соғломлаштириш масканлари, фитнес клублар мавжуд. Аҳоли турли қатламларини мана шу масканлар йўналтириш, айниқса ўсмирлар ва болаларни кўпроқ жалб этиш нафақат унинг жисмоний саломатлигини балки, хулқ атвор тарбиясига ҳам ижобий самара беради.

Хулоса: Шахснинг ривожланиш босқичларига муҳит турли хил таъсир кўрсатади, мустаҳкамлайди, такомиллаштиради, яхши ёки ёмон томонга ўзгартирадх баъзан ривож учун тўсиқ бўлади. Жумладан гиёҳвандлик муҳити катта тўсиқ бўлиши мумкин. Оила тарбияси, ота-онанинг роли, урф- одати, маҳалла, жамоа, жамият инсон хулқ атворини шакллантиради ва бу билан соғлом турмуш тарзи чамбарчас боғлиқ. Профилактик тарғибот ишларини асосида оила шифокори туради. Фактгина унинг олиб борган ишлар узоқроқ вақтда билинади, самара беради.

Тавсия: Соғлом турмуш тарзини ташкиллаштириш тадбирларида хулқ-атворга ижобий таъсир кўрсатиш, саломатликни сақлашга ва мустаҳкамлашга йўналтирилган бўлмоғи даркор.

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИГИ БИТИШМАЛИ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИДА ҚИЁСИЙ ЁНДОШУВЛАР

Жумаев Отабек Бахтиёр ўғли-Педиатрия иши 303 гуруҳ талабаси.

Илмий раҳбар: Э.А Бердиев-ТТА ТФ Илмий ишлар бўйича дериктор уринбосари.

Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали

Муаммонинг долзарблиги: Ҳозирги вақтда битишмали ичак тутилиши муаммоларини узоқ йиллар изланишларга қарамасдан болалар абдоминал хирургиясида долзарблигича қолмоқда. Қорин бўшлиғидаги операциялардан сўнг битишмали ичак тутилишини хатарли асоратлари диагностикаси, даволаш тактикаси, реабилитацияси ва профилактикасини қайта-қайта ўрганиш ва мунозаралар ҳозирги кунга қадар тадқиқотчилар ва амалиёт врачларини диққат марказида қолмоқда. Болаларда битишмали ичак тутилиши қайталаниш даражаси, мойиллиги ҳисобида касалликни қайталаниши 7-10% га, касаллик асоратлари юқори бўлиб, ўлим билан тугаш ҳолатлари 31-40% кузатилмоқда.

Тадқиқот мақсади: Болаларда битишмали ичак тутилиши рационал хирургик тактикани танлаш, диагностикасини оптималлаштириш, профилактикаси, реабилитацияси комплекс ёндошувни ишлаб чиқишдан иборат.

Материал ва услублар: Республика Болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий-амалий марказида битишмали касаллик ва унинг асоратларини даволаш ва унинг профилактикасига комплекс ёндошиб даволаш чора-тадбирлари ишлаб чиқилди.

Қорин бўшлиғини битишмали касаллиги билан оғриган 51 та бемор болаларда тадқиқот ишлари олиб борилди. Бемор болалар 2 гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳга (31 бемор) бўлиб, анамнезида қорин бўшлиғи битишмали касаллик ва битишмали ичак тутилиши сурункали абдоминал оғриқ синдромлари мурожаат қилган беморлар олинди. Иккинчи гуруҳга (20 бемор) ўткир битишмали ичак тутилиши билан мурожаат қилган беморлар олинди.

Тадқиқот натижалари: Биринчи гуруҳ беморларга қўйидаги даволаш комплекси қўлланилди. Интероперацион босқичида битишмаларни видеолапароскопик усулларда ажратиб, қорин бўшлиғи декасан эритмаси билан санация қилинди ва қорин бўшлиғи фибринолитик эритма билан ишлов берилди, яъни марказда тадқиқ этилган схема бўйича. (ФЛА таркиби: гепарин 10000 ЕД + фибринолизин 20000 ЕД + гидрокортизон 125 мг + гентамицин 80 мг+ новокаин 0,25%-200).

Операциядан кейинги босқичда эса беморларни эрта активлаштириш, ичаклар стимуляцияси, қорин бўшлиғига схема бўйича фибринолитик эритмани юбориш, серрата таблеткасини қунига 3 маҳал қабул қилиш 15-20 кун мобайинида, қорин олд деворига электрофорез лидазин билан буюрилди.

Иккинчи гуруҳдаги беморлар интероперацион босқичида анъанавий усулда (n=20), ичак тутилиши бартаф этиш, қорин бўшлиғини озонли сувда санация қилиш ва қорин бўшлиғи фибринолитик эритма билан ишлов берилди.

Операциядан кейинги даврда: 3-4 суткасида операциядан сўнг беморларда босқичли дастурланган қорин бўшлиғида видеолапароскопик санация ўтказилади. Бунда қорин бўшлиғи ревизия қилиниб, эрта операциядан кейинги даврда битишмалар ҳосил бўлишига мойиллигини баҳолаш ва адгезиолизис ўтказиш, қорин бўшлиғига фибринолитик эритмани ва озонли физиологик эритмаларни схематик юборишдан иборатдир.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Операциядан кейинги босқичда эса беморларни эрта активлаштириш, ичаклар стимуляцияси, қорин бўшлиғига схема бўйича фибринолитик эритмани юбориш, серрата таблеткасини кунига 3 маҳал қабул қилиш 15-20 кун мобайинида, қорин олд деворига электрофорез лидаза билан буюрилди.

Операциядан сўнг 6 ой ва 1 йил ўтиб барча беморлар марказда тадбиқ этилган ва ишлаб чиқилган диагностик алгоритм бўйича текширувлар олиб борилди. Буларга қорин бўшлиғини полипозицион УЗИси, қорин бўшлиғини рентгеноконтрастли текширувлари киради. Биринчи гуруҳ беморлари текширилганида ҳеч қандай битишмали касаллик белгилари аниқланмади, иккинчи гуруҳ беморларида эса 1 та ҳолатда сурункали абдоминал оғриқ синдроми кузатилди, бироқ беморда оғриқ синдроми бўлганлиги сабабли диагностик лапароскопия ўтказилди ва бунда ўткир битишмали ичак тутилиши клиник манзараси аниқланмади.

Хулоса: Шундай қилиб, қорин бўшлиғи битишмали касаллиги эрта профилактикаси замонавий технологияларини қўллаган ҳолда операция маҳали қорин бўшлиғига фибринолитик эритмани схема бўйича юбориш битишмали касаллик ва унинг асоратларини ривожланиши эҳтимолини етарлича камайтиришга эришиш мумкин.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТАНА ВАЗМИНИ ОРТИШИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎРГАНИШ

*Жўраева М.А., Холикова Д.С., Ашуралиева М.А., Ашуралиева Н.Д., Очилдиев Ж.З.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Барча тоифа ёшдаги инсонларда ўлим сабаблари орасида юрак қон томир хасталликлари етакчилик қилиб келмоқда.[Искаков Е.Б., 2017]. Юрак қон томир касалликларининг ривожланишининг асосий сабабларидан бири бу атеросклероздир-эластик ва мушак типдаги артерияларни сурункали хасталиги, томирлар интимасида холестерин ва липопротеидларнинг тўпланиши ва томир ичи тешигини торайиши билан боғлиқдир. Атеросклеротик бляшка билан яққол торайганида юрак ишемик касаллиги ривожланиши мумкин. Ҳозирги кунда, ЮИК терапиясида қатор дори дармонларни қўлланиб келингани ханузгача ушбу касалликдан келиб чиққак ўлим хавфи юқоридир. Бундан келиб чиқиб, атеросклерозни келиб чиқиши ва зўррайиб бориши, атеротромбоз сабаблари, тромбоцитлар агрегацияси каби жараёнларга алоҳида олимлар эътиборини тортмоқда, [В.Т. Ивашкин, 2016.]. Лаборатор диагностика янги усулларини ривожланиб бориши турли касалликларда инсон ичак микробиомини таркиби ва метаболик фаоллигини ўрганишга шароит яратилди. Юрак хасталиги бор беморларда метаболик кўрсаткичини таҳлил қилганда Tang et al - триметиламин-N-оксид (ТМАО) бирикмаси аниқланди, фосфатидилхолина и L-карнитин метаболизмдан келиб чиқиб, юрак қон томир юқори риск омиллари бор инсонларда концентрацияси юқори бўлган [Tang WH, Wang Z, Levison BS, Koeth RA, Britt EB., 2013.].

Айнан шу омиллар **тадқиқот мақсадини** белгилади юрак ишемик касаллиги мавжуд беморларда ичак микробиотасининг ўзгариши проатероген метаболит триметиламин-N- оксидни ишлаб чиқишига таъсир кўрсатишини ҳисобга олган ҳолда баҳолаш, даволаш ва олдини олиш учун профилактик чора тадбирлар ишлаб чиқиш.

Илмий ишда 90 нафар ЮИК билан хасталанган беморда ва 30 нафар соглом назорат гуруҳида кўрилган. Улар орасида 58 нафар аёл (48.7 %) ва 61 нафар эркак (51.3 %) иштирок этган. Ўртача ёш юрак ишемик касаллигини стабил стенокардия 2-3 ФС билан хасталанган беморларда 65 ± 3.7 ёшни ташкил этди. Барча беморларда тана юкини аниқлаганимиздан ҳеч бирида меёрдаги вазн тела (ИМТ=18.5-24.9 кг/кв.м), аниқланмаган. 35 нафарида (39,5%) ортикча тана юки кузатилган (ИМТ =25-29.9 кг/кв.м), 52 (58,5%) нафарида семизлик I даража (ИМТ =30-34.9 кг/кв.м), 2 нафарида (2%) - семизлик II даража (ИМТ=35-40 кг/кв.м); ўртача ЮИК билан хасталанган беморларда ИМТ 30.99 ± 2.1 кг/кв.м. Биринчи гуруҳда эркаклар 14, иккинчида 16, учинчида 15, туртинчида 16 нафар 61 % . Хар бир гуруҳда 48.3% 50.0% 53.3% 53.3% 51.3%. Аёллар орасида хар бир гуруҳга нисбатан 15, 2- 15, 3- 14, 4- 14, умумий 58 % хар бирида 51.7% 50.0% 46.7% 46.7% 48.7% беморни ташкил этди. Ҳаммаси бўлиб биринчи гуруҳда 29, 2- 31, 3- 29, 4-30, умумий сони 119 % ташкил этди. Назорат гуруҳида ИМТ уртача 25.30 ± 1.9 кг/кв.м, 6 (20%) тана юки меёрда бўлган (ИМТ=18.5-24.9 кг/кв.м), 24 (80%) нафарида ортикча тана юки аниқланган (ИМТ =25-29.9 кг/кв.м).

ЮИК билан хасталанган беморларда (1,2,3 гуруҳ) ва юрак хасталиги йўқ контингентда (4 гуруҳ) бир бирига нисбатан жиддий фарқ қилиши ($p < 0.05$) сабабани янада чуқурроқ ўрганишга ундайди.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИНИ 18 ЁШГАЧА БОЛАЛАРНИНГ АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Исакова Н.Р. - Нормал ва топографик анатомия кафедраси ассистенти

Махмудова Х.Т. - Нормал ва топографик анатомия кафедраси ассистенти

*Илмий раҳбар: Нишонов Ю.Н. - Нормал ва топографик анатомия кафедраси профессори, т.ф.д
Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, замонавий асбоб ускуналар билан таъминлаш, турли соматик касалликларнинг олдини олиш, болаларнинг антропометрик ва морфометрик тавсифини баҳолаш самарадорлигига эришиш бўйича кўплаб ишлар амалга оширилмоқда. Шунингдек, болаларнинг антропометрик кўрсаткичлари, уларнинг саломатлиги ҳолатини кўрсатувчи асосий индикатор бўлиб, ўсишнинг тўхташи сурункали касалликларнинг намоён бўлишининг дастлабки белгиси ҳисобланади. Шу жиҳатдан, сурункали патологик ҳолатларининг ривожланишини олдини олиш ва ўз вақтида коррекциялаш илмий ва амалий аҳамиятга эга. Таъкидлаш жоизки, болалар организмда турли омиллар таъсирида юз берадиган мослашув реакциялар меъёрининг бузилиши, донозологик ҳолатларни келиб чиқиши ва ривожланиши натижасида ёш авлод вакилларида нуқсонли ва ортирилган касаллик ҳолатлари намоён бўлмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари: Фарғона вилояти шаҳар ва туманлари кесимида 18 ёшгача бўлган болаларнинг антропометрик кўрсаткичларини аниқлаш. Олинган натижаларни минтақавий баҳолаш ва таққослаш.

Тадқиқот усуллари: Тадқиқот вазифаларни ҳал этиш ва мақсадга эришиш учун антропометрик ва статистик усуллардан фойдаланилади.

Тадқиқот натижалари: Илмий тадқиқот ишимиз 3босқичдан иборат бўлиб, 1-босқичда Фарғона вилоятида яшовчи 18 ёшгача бўлган болаларнинг антропометрик кўрсаткичлари ўлчанди. Жумладан бўй узунлиги ва тана вазнига асосланиб уларнинг тана масса индекси аниқланди. Натижалар норма билан солиштирилди. Ёш ва жинсига нисбатан нормадан четланишга эга бўлган 18 ёшгача болалар динамикада кузатиб борилди. Шунга кўра, Фарғона шаҳридаги 1-сонли мактабда 234 нафар (127 нафар қиз болалар ва 107 нафар ўғил болалар) болалар динамикада кузатиб борилди. Динамикада кузатиб борилаётган болаларнинг куйидаги антропометрик кўрсаткичлари ўлчанди: бўй узунлиги, тана массаси, бош айланаси, кўкрак айланаси, бел айланаси, чап ва ўнг елка узунлиги, чап ва ўнг билак-тирсак узунлиги, чап ва ўнг қўл узунлиги, чап ва ўнг панжа ҳамда бармоқлар узунлиги, чап ва ўнг оёқ узунлиги, чап ва ўнг сон ҳамда болдир айланаси ўлчанди. Худудлар кесимида куйидагича кўрсаткичлар олинди:

Фарғона шаҳар 1-сонли мактаб бўйича динамикада кузатилаётган болаларнинг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари таҳлил қилинганда 7-18 ёшгача бўлган жами 89 (41 нафар ўғил болалар ва 48 нафар қиз болалар) болаларда ёш ва жинсга нисбатан нормадан четланиш ҳолати кузатилди.

Хулоса: 18 ёшгача бўлган болалар антропологиясини ўрганиш жараёнида шу ҳудуднинг экологик ҳолати, яшаш тарзи, ичимлик сувининг санитар-гигиеник жиҳатдан талабга жавоб бериш ҳолати, аҳолининг соғлом турмуш тарзига риоя қилиш даражаси каби қатор факторлар билан боғлаган ҳолда нормадан четланиш сабаблари ўрганилди ҳамда турли касалликлар билан боғлиқлигига чуқур эътибор қаратилди.

Бу антропометрик натижалар мактаб ёшидаги болаларининг ёши ва жинсига нисбатан таҳлил қилиниб хулосалар тайёрланди. Патоген микрофлоранинг ортишидан витамин ва минераллар алмашинуви ҳамда уларнинг ҳосил бўлиш жараёни издан чиқишига олиб келади, йўғон ичак касалликлари ривожланишига замин яратади.

БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ВА УНИНГ АТРОФИ СОҶА ГЕАНГИОМАЛАРИ

М.А.Каримов, Х.Х.Нурматова

Андижон давлат тиббиёт институти онкология йўналиши таянч докторанти.

Косонсой Абу Али ибн Сино номидаги жамоат саломатлиги техникуми ўқитувчиси

Мавзунинг долзарблиги. Ушбу мақолада 2015 - 2020 йилларда Андижон вилоят ўсма касалликлари диспансери (АВОД) болалар онкология бўлимида бўшлиғи ва унинг атроф соҳалари қон томир яхши сифатли ўсма касалликлари статистик таҳлил қилинган. Ушбу турдаги касаллик тенденцияси ўрганилган.

Қон томир ўсмалари стоматология ва болалар онкологиясининг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Гемангиома қон томирдан ривожланувчи яхши сифатли ўсма бўлиб, болаларда оғиз бўшлиғи, юз ва жағ соҳаларида кўп учрайди. Бундай ўсма организмнинг ўсиши билан биргаликда тез ўсади ва баъзан ўсишдан тўхтаб ҳам қолади (2 % ҳолларда).

Илмий иш мақсади. АВОД архив маълумотларидан фойдаланган ҳолда Андижон вилоятида болаларда гемангиома касаллиги билан даволанган ҳолатларни учраш частотасини ўрганиш.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материаллар ва услублар. Андижон вилоят ўсма касалликлари диспансерида 2015-2020 йиллар давомида стационар даволанган болаларда оғиз бўшлиғи ва унинг атрофи соҳаларида жойлашган гемангиома билан оғриган беморлар касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилинди.

Изланиш натижалари. Таҳлилда 24 нафар бемор касаллик тарихи ўрганилди. Улардан 14 нафари (58,3 %) ўғил бола, 10 нафари (41,7 %) қиз бола. Беморларнинг 13 нафари (54,1 %) Андижон, 9 нафари (37,5 %) Фарғона ва 2 нафари (8,4 %) Наманган вилоятларидан келиб даволанган. Ёш бўйича тақсимланиши 0–бойлик (n8, 33,3%), 6 ой–1 ёш (n5, 20,8 %), 1–3 ёш (n7, 29,2 %) ва 3 – 8 ёш (n4, 16,7 %) га мос келади. Беморларнинг яқинлари қизилликка (n23, 95,8 %), ҳосилага (n18, 75%), косметик нуқсонга (n8, 33,3%) ва қон кетишга (n1, 4,1%) шикоят қилиб мурожаат этган.

Барча беморлар стационар даволанишга муҳтож деб топилган ва стационар шароитда умумий оғрикисилантириш остида жарроҳлик усулида даволанган. Баъзи беморлар жарроҳлик амалиётидан аввал склеротик даво (этил спирти билан) ва криодеструкция билан даволанган. Ноинвазив даво усуллари қўлланилмаган. Касаллик қайталанган қайта мурожаат этган беморлар ҳисобланишади. Ташрихдан кейин 3 нафар беморда касаллик қайталанган ва 8 нафар беморларда ҳар хил даражадаги ташрихдан кейинги чандиқлар қолган.

Хулоса. Таҳлил натижаси шуни кўрсатадиги, касаллик қайталаниши ва асоратлар 2 ва ундан катта ёшли беморларда кузатилганлиги, касалликни эрта аниқлаш ва эрта даво муолажалари тўғри танлаш даво самарадорлигини ортириши ҳамда иқтисодий самарадорликка олиб келади.

БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ, БОШ ВА ЮЗ – ЖАҒ СОҶА ГЕМАНГИОМАЛАРИ

М.А.Каримов, Р.Р.Садиков, Х.Х.Нурматова

Андижон давлат тиббиёт институти 3 босқич онкология йўналиши таянч докторанти

Тошкент тиббиёт Академияси. Хирургик касалликлар кафедраси доценти

**** Косонсой Абу Али ибн Сино номидаги жамоат саломатлиги техникуми ўқитувчиси*

Мавзунинг долзарблиги. Гемангиома сўзи 1843 йили Liston томонидан фанга олиб кирилган бўлиб, 1864 йилда немис патологанатоми Рудольф томонидан унга таъриф берилган. Кейинчалик 1867 йили Вирхов умуртқа поғонаси гемангиомасини тасвирлаб берган. 1840 йили Касабах ва Меррит сон соҳаси териси ва чуқур юмшоқ тўқимасини ўз ичига олган гемангиома ходисасини билдириб ўтди. 2008 йили Франциялик олимлар гуруҳи Christine Leaute – Lebreze ва ҳамкасблари гемангиома билан оғриган 11 нафар кўкрак ёшидаги болаларни пропраналол препарати билан муваффақиятли даволашга эришдилар.

Юз – жағ соҳа гемангиомалари стоматология, юз – жағ жарроҳлиги ва болалар онкологиясининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Гемангиома қон томирдан ривожланувчи яхши сифатли ўсма бўлиб, болаларда оғиз бўшлиғи, бош соҳа, жинсий аъзо соҳалари, юз ва жағ соҳаларида энг кўп учрайди. Бундай яхши сифатли ўсма организмнинг ўсиши билан биргаликда тез ривожланади ва баъзан ўсишдан тўхтаб ҳам қолади (2 % ҳолларда).

Илмий иш мақсади. Болаларда бош соҳа ва юз-жағ соҳа гемангиомаси ташхиси билан медикаментоз ва жарроҳлик даволаш натижаларини ўрганиш.

Материаллар ва услублар. Андижон вилоят ўсма касалликлари диспансерида 2016 – 2020 йиллар давомида стационар ва амбулатор даволанган 0 – 8 ёшгача, оғиз бўшлиғи, бош ва юз – жағ соҳасида жойлашган гемангиома билан оғриган 58 нафар беморлар касаллик тарихи ва амбулатор карталарини ретроспектив таҳлил қилинди.

Тадиқот натижалари. Таҳлилий ўрганиш 58 нафар бемор касаллик тарихи ўрганилди. Улардан 28 нафари (48,3 %) ўғил бола, 28 нафари (51,7 %) қиз бола. Беморларнинг 34 нафари (58,6 %) Андижон, 19 нафари (32,7 %) Фарғона ва 5 нафари (8,7 %) Наманган вилоятларидан келиб даволанишган. Ёш бўйича тақсимланиши 0 – 6 ойлик (n25, 43,1%), 6 ой – 1 ёш (n14, 24,1 %), 1 – 3 ёш (n11, 19,0 %) ва 3 – 8 ёш (n8, 13,8 %) га мос келади. Беморларнинг яқинлари қизилликка (n57, 98,3 %), ҳосилага (n48, 82,7%), косметик нуқсонга (n18, 31,0%) ва қон кетишга (n2, 3,4%) шикоят қилиб мурожаат этган.

Барча беморлар стационар даволанишга муҳтож деб топилган ва стационар шароитда умумий оғрикисилантириш остида жарроҳлик усулида ҳосилани олиб ташлаш ташрихи билан даволанган. Баъзи беморлар жарроҳлик амалиётидан аввал склеротик даво (этил спирти билан) ва криодеструкция билан даволанган. Ноинвазив даво усуллари қўлланилмаган. Касаллик қайталанган қайта мурожаат этган беморлар ҳисобланишади. Ташрихдан кейин 9 нафар беморда касаллик қайталанган ва 18 нафар беморларда ҳар хил даражадаги ташрихдан кейинги чандиқлар қолган. 58 нафар бемор 208 (ўртача 3,6) кун шифохонада даволанган.

Хулоса. Таҳлил натижаси шуни кўрсатадиги, касаллик қайталаниши ва асоратлар 2 ва ундан катта ёшли беморларда кузатилганлиги, касалликни эрта аниқлаш ва эрта даво муолажалари тўғри танлаш даво самарадорлигини ортириши ҳамда иқтисодий самарадорликка олиб келади.

БИОЛОГИК ЁШНИ КАЛЕНДАРЬ ЁШГА МОСЛИГИНИ АНИҚЛАШ УСУЛИ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Амалиётда 1980 йиллардан бери болаларда жисмоний ривожланишни баҳолашда морфофункционал кўрсаткичлар билан бирга паспорт ёшани биолгик ёшга мослигини аниқлаш ҳам ҳисобга олинади. Бу усул билан болаларнинг ёшига нисбатан жисмоний ривожланишини гармоник тури аниқланади ва ёшга нисбатан жисмоний ривожланишнинг ҳар хил даражада оғишлари баҳоланади.

Мавзунинг мақсади: Биологик ёшни аниқлашда организм етуклигини баҳоловчи ҳар хил кўрсаткичлар қўлланилади (морфологик, нейрофизиологик, гематологик, гормональ ва б.к.).

Материал ва текшириш усуллари: Амалиётда энг қулайи ва маълумотлиги бўлиб, морфологик мезон (бўй/ тана узунлиги, унинг йиллик қўшилиши) ҳисобланади. Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларнинг биологик ёшани бўйи, тана массаси ва доимий тишлар кўрсаткичи бўйича баҳолаш мумкин. Ўғил болаларни 10 - 11 ёшдан ва қизларни 9 - 10 ёшдан бошлаб биологик ёшани аниқлашда жинсий ривожланиш кўрсаткичлари инобатга олинishi зарур. Биологик етукликни аниқлашда доимий тишларнинг чиқиши бўйича аниқлаш.

Тадқиқот натижалари: Доимий тишларнинг умумий сони тепа ва пастки жағда саналади. Умумий тишлар сони қай даражада милкни ёриб чиқишидан қатъий назар ҳисобга олинади. Ёшга нисбатан нормал кўрсаткичлар диапозони $M \pm m$ билан солиштирилиб, календарь ёши аниқланади. Доимий тишларнинг чиқиши орқада қолишлиги ёхуд илдамлаб кетиши аниқланган болалар эндокринолог кўрувига юборилади. Орқада қолишлик тишлар сони (камроқ $M-1a$) бўлса, тезлашиш (кўпроқ $M+1a$) бўлса, шу формула орқали аниқланилади. Биологик етукликни иккиламчи жинсий белгиларга қараб аниқлаш.

Хулоса: Ёшга нисбатан нормативлар асосида қуйидаги вариантларда биологик етуклик хулоса қилинади. Ривожланиш календарь ёшга мос (иккиламчи жинсий белгилар ёшига мос келади) болалар соғлом ҳисобланади; Ривожланиш тезлашган/ илдамлаган (аниқланган иккиламчи жинсий белгилар 1 йилга ва ундан кўпроққа) ва ривожланиш секинлашган (аниқланган иккиламчи жинсий белгилар 1 йилга ва ундан кўпроққа) белгилар билан болалар назоратга олинади. Тезлашган ва секинлашган белгилар билан болалар мутахассис эндокринологга маслаҳатга юборилади ва сабаби аниқланиб даволанади.

МИНИ –ПИЛИЛАР (ФАҚАТ ПРОГЕСТЕРОНЛИ ОРАЛ КОНТРАЦЕПТИВЛАР ФПОК)

*Каримова К.Д. - Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Мини – пилиларнинг таъсир этиш принципи фойдаланувчиларда овуляция жараёнини тўхтатади. Шунингдек, цервикал шилликни қуюқлаштиради ва бачадон шиллик каватида ўзгариш ҳосил қилиб, тухум хужайра имплантациясини юзага келтирмайди. Биринчи кўриқдан сўнг аёлни келгусида текшириб туриш учун қуйидаги қадамлар тавсия этилади: аёлга уч ўрамда таблетка беринг. Аёлга ушбу усул ва таблеткаларни кўрсатмага биноан истеъмол қилиш қандай тасир қилаётганлигини билиш учун, унга 3 ой мобайнида келиб, текширувдан ўтишини тайин қилинг (унинг тана вазни ва қон босимини текширинг).

Мавзунинг мақсади: Фойда бермаслик эҳтимоли – 0,5 – 1,0%. Айрим фойдаланувчиларда номунозам қон кетиш ҳоллари кузатилади. Баъзи аёлларда мини – пилилар ҳайз оғриги ва қон кетишини камайтириб, эндометриал ёки тухумдон ўсмаси (рак) ва ЧАЯКдан асраши мумкин. Аёлни ҳар 6 ёки 12 ойда бир текшириб туриш (унинг вазни ва қон босимини ўлчаш ёдингиздан чиқмасин). Ҳар йили чаноқ аъзолари ва сут безларини текширувдан ўтказинг. Имкон қадар қин суртмаси таҳлилини ҳам олинг. Ташрифлар давомида аниқланган барча муаммолар ҳақида аёл билан ўртоқлашинг.

Материал ва текшириш усуллари: мини - пилиларнинг соғлиқ учун бирор узоқ муддатли хавфи борлиги аниқланмади. Ҳомиладор ёки ҳомиладорлиги тахмин қилинаётган; хавфли сут бези ўсмаси бор аёлларга тавсия қилинмайди. Қуйидаги вазиятларда фақат бошқа усуллар мос келмаса ёки улардан фойдаланишнинг иложи бўлмасагина мини – пилиларни қўллаш мумкин: ўтмишдаги инсулт; туғруқдан кейинги 6 ҳафталик мобайнида; циррознинг оғир шакли; жигарнинг хавфли ёки хавсиз ўсмаси; диабет; жиддий жигар касаллиги (оғир цирроздан фарқли); илгари бўлиб ўтган бачадон ташқарисидаги ҳомиладорлик аниқланганда қўлланилиши мумкин.

Тадқиқот натижалари: овулен, линдиол, гравистат, февинал, оврал, неогенон, овидон ва бошқалар қиради. Ушбу таблеткаларни айрим ўзига ҳос вазиятлардан ташқари бошқа ҳолларда ишлатиш тавсия этилмайди. Бир фазали таблеткалар бир хил дозадаги эстраген ва прогестагендан таркиб топган (линдиол, регевидон, микрогинон, регулон, марвелон, логест, силест, новинет ва бошқалар). Кўп фазали таблеткалар фойдаланиш даврининг турли дозадаги эстроген ва прогестагенга эгадирлар. Икки фазали воситаларнинг

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

биринчи 10 таблеткаси фақат эстрогенлардан, 11 донa таблетканинг таркиби ҳам эстроген, ҳам гестогенлардан ташкил топган (антиовин). Учфазаливоситалардагитаблеткалартаркибида эстроген вагестогенлар микдориванисбатиҳайзциклинингфазаларигамутаносиб бўлади. Бундай воситалар қаторига: триквилар, трирегол, тризистон киради. 21- таблеткали ўрамлар фақатгина гормонли таблеткалардан ташкил топиб, кейинги ўрамга ўтишдан олдин 7 кунлик танафус талаб этилади. 28 таблеткали ўрамлар эса 21 та гормонли ва 7 гормонсиз таблеткалардан иборат (уларда темир моддаси, кальций тузи ёки витаминлар қўшилган бўлиб, организмнинг умумий қувватини оширишда қўлланилади), шунинг учун улардан фойдаланишда кейинги ўрамга танаффуссиз ўтиш мумкин.

Хулоса: Мини - пилиларда кам меъёрда (дозада) прогестаген (левоноргестрел ва норэтистерон) мавжуд бўлиб, улар янги ўрамга ўтишда танаффуссиз, ҳар куни қабул қилинади. Одатда, мини – пилили ўрамлар 28, 35 ва 42 кунга мўжалланган бўлади. Бундай воситаларга фемулен, ногест, экслютон, оверегт, континуин, микролут ва бошқалар киради.

ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Экологик ўзгаришлар, антибиотиклар ва иммун тизимига таъсир қилувчи дори-дармонларни кўрсатмасиз қабул қилиш, организмни касаллик туфайли мослашишининг бузилиши (адаптация), доимий стресс ҳолати, аҳолининг тиббий савиясининг ортиши ва яшаш маданиятининг яхшиланиши фанга олдин маълум бўлган касалликлар клиникасини ўзгартириб юборди.

Мавзунинг мақсади: Шу ўринда организмда касаллик келтириб чиқарувчи паразитар касалликларни мисол келтириш мумкин. Паразитар касалликлар келтириб чиқарадиган муоммолар уларни даволашдагина эмас, балки клиник ва лаборатор ташхислаш туфайли ҳамдир.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Гельментлар ва уларнинг қисмларини, тухумларини, личинкаларини аниқлашда текширувчи манба ахлат, сийдик, ошқозон ва 12-бармоқли ичак шираси, балғам, орқа пешоб ва унинг атрофидан олинadиган шилимшиқ, қон ва мускул тўқимаси ҳисобланади. Аксарият ҳолатда тенкшириш манбаи ахлат бўлиб ҳисобланади, охириги маълумотларга қараганда бу текшириш усули 12-20% самара беради ҳолос, вена қонидан касалликка нисбатан ҳосил бўлган антителани аниқлаш 65-95% самара беради. Шунинг учун ҳам гельментлар қийин ташхисланадиган касаллик турига киради (улар узок вақт тухум қўймаслиги мумкин, организмда тухум қўювчи турининг бўлмаслиги манбани олишда текширишда йўл қўйиладиган баъзи бир камчиликлар сабаб бўлиши мумкин).

Текшириш натижалари: Гельментлар ўзининг ҳаётини юргизиш ва кўпайиш учун макро организмнинг (инсон ёки ҳайвон организми) орган ва системаларнинг мўътадил ишлаши учун зарур озик - овқат заҳираларини кемира бошлайди. Оқибатда гельментлар ўз ҳаёти давомида макроорганизм ҳаёти учун зарур бўлган микроэлементлар, витаминлар ҳамда биологик актив моддаларнинг сўрилишини издан чиқаради. Бундай ҳолатда, ҳаттоки ўрнини босиш учун кўшимча қабул қилинган витамин ва микроэлементларни ҳам гельментлар ўзлаштириб олади. Гельментозларда клиник ҳолатга баҳо бериш мақсадида асосий сипмтомларда макро ва микроэлементлар ўрганиб чиқилди.

Хулоса: ҚВП ёки ОП га текширишга боришдан олдин – ўзингиз учун синовдан ўтинг. «Ҳа» жавоблари кўп бўлса, сизда глистлар бўлиши эҳтимоли кўпроқ. Ўзингизда доимо чарчоқни ҳис этасизми? Тез-тез бошингиз оғриб ёки айланиб турадими? Иштаҳангиз қандай: баъзан умуман йўқ ёки тўйганингизни билмайсиз? Кўнглингиз айнийдими? Терингиз оқарган, қондаги гемоглобин микдори пасайган? Сўлак ажралиши кучайганми - айниқса кечаси, ёстиққа оқиб қолиши? Орқа пешовда қичишиш борми? Кечаси тишингизни гижирлатасизми? Болаларда кечасиги сийдик тутмаслик кузатиладими (энурез)? Терида ва тирноқда чегараланган оқариш борми? Баданга тошма тошиши, қоринда нохушлик, ўнг томонда оғирлик? Қоринда метиоризм, санчик, қабзият ёки ич кетиши? Аллергик реакциялар, бронхиал астма, баданда қичишувчи тошма тошиши? Шамоллашдан бошингиз чикмай қолдими? Кўзингизда оғрик, ёшариш ва кўз оқини саргайиши борми? Сиз доимо безовта, жаҳлингиз тез чиқади? Сиз атроф муҳитга бефарқсиз (депрессия)? Сизни уйқусизлик безовта қилади, кўп уйғонасиз, асосан кечаси 2-3 ларда? Аёл: ҳомиладор бўла олмаясизми? Вазнингизда муаммо: озишингиз жуда кийин? Ёки семира олмаясиз? Буларнинг ҳаммасига биз учун сезилмас ва кўринмас қуртлар сабабдир.

ИЧАК ЯЛЛИҒЛАНИШ СИНДРОМИ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги. Ичак яллиғланиш синдроми – ошқозон – ичак йўли фаоллигининг бузилиши бўлиб, унинг пастки бўлимлари шикастланиши билан намоён бўлади; ассосий белгилари – қориндаги оғриқ, қабзият, диарея. Клиникаси деярли ҳамма вақт бемор уйғоқлигида ва стресс ҳолатида ёки овқат еяётганда пайдо бўлади.

Мавзунинг мақсади: Аҳоли орасида қабзиятни олдини олиш мақсадида, тўғри овқатланиш яни соғлом турмуш тарзини тарғибот ва ташвиқот қилиш. Кўпинча қабзият ва қоринда оғриқ. Диарея ва қабзиятнинг навбатма – навбат келиши. Хусусан ичак фаолиятининг бузилиши. Қориндаги турли даражадаги оғриқ, диффуз эпигастрал сохада, қориннинг пастки қисмида, сигмасимон ичак йўлида оғриқ, овқат ейиш, стресс ва жисмоний иш билан боғлиқ, эрталаб ёки кундизи пайдо бўлади, дефекациядан кейин ёки газ чиқиб кетгандан кейин оғриқ пасаяди.

Материал ва текшириш усуллари. Текширилган 67 та беморнинг 84% чидаб булмас санчикли оғриқ билан кечган. Кассалликнинг кечиш вариантлари Кўп ҳолларда диарея сурункали интермиттирловчи диарея билан кечади. Уйқу вақтида ва ётганда оғриқ интенсивлиги камаяди ёки умуман оғриқ бўлмайди. Органик потологияни истисно этиш учун ошқозон – ичак трактини тўлиқ текшириш зарур. Қоннинг тўлиқ таҳлили, сийдикнинг умумий таҳлили, копрограмма – нажасда яширин қон, гижжа тухуми, паразитлар ва микроорганизмлар патоген культурасини ажратиш таҳлили; нажас массасида лейкоцитлар борлигини аниқлаш учун суртма. Махсус текширувлар. Патологик ўзгаришлар йўқ, қорин бўшлиғи УТТ. Иррография, заррурият бўлганда ФЭГДС. Колоноскопия- аппарат киритилганда ва ҳаво юборилганда кўпинча ичак спазми ва оғриқ пайдо бўлади кучсиз гиперемия ва анчагина шиллиқ борлигини аниқлаш мумкин.

Тадқиқот натижалари. Бемор кўтара олмайдиган махсулотларни истисно қилган ҳолда пархез, психозмоционал таъсир кўрсатиш, баъзи ҳолларда психотерапевт билан ҳамкорликда иш олиб бориш даркор, седатив препаратлар, транквилизаторлар, антидепрессантлар. Ичак фаолияти бузилишини коррекциялаш. Қабзият синдроми – ўсимлик клечаткасига бой пархез(мева ва сабзавотлар, денгиз қарами, сўли, ўстирилган бугдой донлари, кепакли нон), етарли миқдордаги суюқлик тана вазнига ҳисоблаган ҳолда (кунига камида 1,5 л) тавсия этиш.

Хулоса. 1. Яллиғланиш жароёни ёки саратон ривожланишига қадар кучайиб кетмайди. 2. Стрес ҳолатларда касаллик қайталаниши мумкин. 3. Ёш ўтиши билан касаллик қайталаниши кўпаяди.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК КўРСАТКИЧИ ҲАМДА ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: “Саломатлик” кўрсаткичи бўйича бир нечта таърифлар мавжуд бўлиб, ҳар бири ўз кўрсаткичи бўйича тўғри. ЖССТ таърифи бўйича “Саломатлик” касаллик ва жисмоний камчилик бўлмаслиги эмас, балки бу шундай ҳолатки бунда инсон жисмонан, руҳан ва ижтимоий жиҳатдан манан етук бўлишлиги лозим.

Мавзунинг мақсади: С.М.Громбах ўсмир ва болаларнинг саломатлигини баҳолашда энг камида тўртда кўрсаткични баҳолашни таклиф этади. Текшириш пайтида сурункали касалликларнинг бор ёки йўқлиги. Жисмоний ва ақлий, руҳий гормоник ривожланиш даражаси. Бола организми органларининг функционал даражаси. Ножўя таъсирларга организмнинг қаршилиқ кўрсатиш даражаси. Бу кўрсаткич амалиётда ўз тасдиғини топди, ҳозирда даволаш ва профилактика муассасаларида ишлатилиб келинмоқда.

Материал ва текшириш усуллари: Ўсмир ва болаларни диспансер назорат қилишда, мактаб ва коллежларда ўқувчиларни тизимли режали кўрув пайтида, умумий амалиёт шифокорлари ва мутахассислар тиббий кўриги пайтида (окулист, отоларинголог, хирург, ортопед, невропатолог ва б.қ.), авваламбор уларда сурункали касалликлар бор йўқлигига эътибор беришади. Органлар ва системанинг функционал ҳолатиклиниқ усуллари билан функционал синамалар ёрдамида аниқланилади. Организмнинг қаршилиқ кўрсатиш даражасини ўткир касалликлар билан касалланиш ва сурункали касалликларнинг қайталаниш даражасига қараб баҳолашади. Органлар морфофункционал ўзгаришларини нормага нисбатан ўзгаришини скрининг текширишда аниқлаш тиббий кўрик самарасини янада оширади. Ёш самарали натижа берадиган скрининг-тестлар: Сивцева–Головина жадвали орқали кўрув ўткирлигини аниқлаш; Планография ясси товоғини аниқлаш усули.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Тадқиқот натижалари: Сўровнома орқали болалар ва ўсмирлар ўртасида кенг тарқалган касалликларнинг бошланғич белгиларини аниқлаш усули (аклий рухий касалликлар, ошқозон – ичак ва сийдик йўллари томонидан бузилишлар, аллергия реакцияларнинг юзага келиши ва бошқалар) Жисмоний ва аклий рухий касалликларни баҳолаш, таянч -ҳаракат тизимидаги ўзгаришларни баҳолаш; Қизларда менструал фаолиятини баҳолаш»тести; Дикқатнинг бузилишини гиперактивлик билан ташхислаш тести.

Хулоса: Скрининг текшириш усуллари ўсиш ривожланиш даврининг энг критик давларида қўллаш (6, 11, 15 ёш), бола организми нотўғун даврида бўлиб, ташқи муҳит омилларига ўта таъсирчан касалликлар ривожланишига жуда мойил бўлади, ва бу усул касалликкача ташхислашнинг самарали усули ҳисобланади.

ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯНИНГ БИВ УСУЛЛАРИ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги:Бачадон ичи воситалари (БИВ)- тухум хужайра ва сперматозоидлар ҳаракатига қаршилик кўрсатиб, тухумларнинг уруғланишига йўл қўймайди, ҳамда бачадон бўшлиғида ўзгаришлар қақиради.

Мавзунинг мақсади: Борди - ю уруғланган тухум бачадонга кириб қолса ҳам, БИВ имплантация жараёни бошланишига тўсқинлик қилади.Фойда бермаслик эҳтимоли – 0.4 - 2.5 %.Айрим аёллар БИВ киритилиши жараёнида оғриқ сезади. Базилар ҳайз қони кўпайиши ва оғриқлар пайдо бўлиши кузатилади. Таркибида мис бўлган БИВлар махсус ноконтрацептив афзалликларга эга эмас. Гормонли БИВлар (Мирена) ҳайз оғриғи ва қон кетишини камайтиради.Левоноргестрелли БИВлар эса ЧАЯКқа қарши бирмунча ҳимояловчи таъсир кўрсатиши мумкин.Соғлиққа зиёни – Асосан, БИВ ўрнатилишининг илк ойда ва ЖАБЮК хатари остидаги аёллар орасида; кўп қон йўқотиш туфайли анемия; перфорация (камдан кам вазиятларда); ЧАЯК ва у билан боғлиқ бепуштлиқ хавфи ортади.

Материал ва текшириш усуллари:Ман этилиши – Ҳомиладор ва ҳомиладорлиги тахмин қилинаётган аёлларга; киндан тушунарсиз ва гумонли қон оқса ташхис (диагноз) аниқлангунга қадар; бачадон бўйни, эндометрий ёки тухумдон хавфли ўсмаси борлиги аниқланса ёки гумон қилинса; ЧАЯК (ҳозирда ёки олдинги 3 ой ичида); бачадон бўйни яллиғланса; ЖАБЮК (ҳозирда ёки олдинги 3 ой ичида); ҳозирдаги постмоляр трофобластик ўсма; ўтмишдаги чанок сили; бачадон бўшлиғининг деформацияси (БИВнинг тўғри киритишга ҳалал берадиган ва бачадон бўшлиғининг деформациясига олиб келадиган ҳар қандай туғма ёки ортирилган бачадон нуксонлари); туғруқдан ёки абортдан кейинги сепсис (ҳозирда ёки кейинги 3 ой ичида), анамнезида бачадондан ташқари ҳомиладорлик.

Тадқиқот натижалари:Қуйидаги вазиятларда фақат бошқа усуллар мос келмаса ёки улардан фойдаланишнинг иложи бўлмасагина, аёл БИВни қўллаши мумкин: ЧАЯКқа чалиниб, кейинроқ ҳомиладор бўлмаган бўлса (агар келажакда ҳомиладор бўлишни истаса); кўплаб жинсий шериклари бор бўлса ёки ягона шеригининг бир нечта бошқа аёл шериклари бўлса; хавфсиз гестацион трофобластик ўсма мавжуд бўлса; ОИВ/ОИТС мусбат бўлса; ОИВ вируси юкишининг хавфи юқори бўлса, (ОИВюкишининг хавфи юқори бўлган аёлларга ҳар бир жинси алоқа вақтида презервативлардан ҳам фойдаланишни маслаҳат беринг).

Хулоса:БИВ турлари - таркибида мисли БИВларга CopperТ 380А, Multiload 375 мисол бўлади. Гормонли БИВларда эса левоноргестрел мавжуд (мирена).

Тўғри фойдаланиш – олдин тақдирлаб ўтилган БИВларнинг “ ҳаёт” давомийлиги қуйдагича: GuT 380А – 10 йил; Multiload – камида 5 йил;

ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯ ИХТИЁРИЙ ЖАРРОХЛИК КОНТРАЦЕПЦИЯ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Вазэктомия (эркаклар стерилизацияси) таъсир этиш принципи - Вазэктомия сперматозоидларнинг уруғ чиқарувчи йўли орқали ўтишини тўхтатади, шунинг учун улар шахват суюқлиги(эякулят) таркибига кирмайди (бунда ҳар бир уруғ чиқарувчи йўл кесилиб, боғлаб қўйилади).

Мавзунинг мақсади: Фойда бермаслик эҳтимоли - 0,10 - 0,15%.Салбий таъсирлари -айрим эркакларда муолажадан сўнг кучсиз оғриқлар, инфекция тушиши, қонгалаш ва шишлар пайдо бўлиши кузатилади.Ноконтрацептив афзалликлари – йўқ.Соғлиққа зиёни - ҳеч қандай жиддий асоратлар вужудга келмайди.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материал ва текшириш усуллар: Ман этилиши – Оғир соматик ёхуд жаррохлик соҳасида инфекциялари бор бўлганларни (даволагунга қадар), шунингдек, қайтмас контрацепциядан фойдаланиш истигини билдириб, иккиланаётган эркакларни вазоэктomia қилиш ман этилади. Вазоэктomiaнинг бир нечта усуллари мавжуд. Улардан бири” пичоқсиз (скальпелсиз) “ усул бўлиб, у на жаррохлик пичоғи ва на чоклар аралашувсиз ўтказилади. Бундан ташқари, оддий усул ҳам қўлланилиб, бунда пичоқ; ёрдамида ёрғоқ соҳаси бир оз кесилади, уруғ чиқарувчи йўл кесилиб боғлаб қўйилади.

Бачадон найларини боғлаш (аёллар стерилизацияси) -Найларни боғлаш усулининг таъсир этиш принципи - Найларни боғлаш тухум хужайра билан сперматозоиднинг бачадон найларида учрашиш ҳолларини бартараф этади (найлар ҳалқа, қисқич, кимёвий чандиқ, кесиш ёки боғлаш орқали беркитилади). Фойда бермаслик эҳтимоли – 0,4%.Салбий таъсирлари – аксарият фойдаланувчиларда муолажадан сўнг кучсиз оғриқлар пойдо бўлади. Аримларда эса операция майдонида қон кетишлар ва яранинг инфекцияланиши ҳам кузатилади.

Тадқиқот натижалари:Ноконтрацептив афзалликлари -найларни боғлаш усули тухумдон хавфли ўсмасини камайтириши мумкин.Соғлиққа зиёни -камчилик мижозларда қон кетиши, чанок аъзоларининг инфекцияланиши, перитонитлар ва гематома кузатилади. Камдан кам ҳолларда бўлсада, эмболия, эмфизема ёхуд бачадон, ичак ёки сийдик пуфагининг шикастланиши ҳам юз бериши мумкин.

Хулоса:Ман этилиши -қуйдаги вазиятларда аёлларга найларни боғлаш усулидан фойдаланиш ман этилади: турмушга чиқмаганларга, ёш келинчаларга, фарзанд кўришни хоҳловчиларга чунки фертилликни тиклаш жуда қимматга тушади.

ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯ ГОРМОНАЛ УСУЛЛАР

*Каримова К.Д – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Таблеткалар (мураккаб орал контрацептивлар - МОК). Таблеткаларнинг таъсир этиш принципи - МОКдан фойдаланувчи аксарият аёлларда ишлаб чиқариладиган жинсий гормонларнинг фаолиятини ўта секинлаштириши натижасида овуляция жараёни тўхтайди.

Мавзунинг мақсади:МОК бачадон бўйин шилиғини қуюқлаштиради (шу тариқа шахват суюқлиги ўтишига йўл қўймайди) ва бачадон мухитини ўзгаришига олиб келади, бу эса имплантацияни олдини олади.Фойда бермаслик эҳтимоли - 0,1 – 0,8%.

Материал ва текшириш усуллар:Айрим фойдаланувчиларда но мунтазам хайз қони кетиши, кўнгил айланиши, бир оз вазн ўзгариши, бош оғриши, тери ранги ўзгариши ва бошқа салбий таъсирлар кузатилиши мумкин. Афзалликлари - Таблеткалар хавфсиз кўкрак ўсмаси ва кистаси, такрорий тухумдон кистаси, темир етишмаслиги оқибатида вужудга келган анемия, эндометрия ва тухумдон ўсмаси (раки), сут безининг хавфсиз ўсмаси, бачадоннинг фиброз ўсмаси ва ЧАЯҚнинг бошқа шакилларида ҳимоя қила олади. Фойдаланувчиларда хайз спазми ва қон кетишини камайтириши, ҳамда хайз даврини янада мунтазам бўлиши кузатилади.Соғлиққа зиёни - Мия – томир касалликлари (айниқса, 35 ёшдан ошган чекувчи аёлларда), веноз қон томирнинг тромбоземболияси ва гипертонияси бор аёлларга бир мунча таъсир қилади.Ман этилиши - Хомиладор ёки хомиладорлик тахмин қилинаётган мижозларга таъсир этилмайди. Мигрен, сут безининг хавфли ўсмаси, туғруқдан сўнг 6 hafta мобайнида ва эмизикли аёлларга таъсир қилади. 35 ёшдан ошган ва тез – тез чекувчи аёлларга (қунига 20 та дан ортиқ сигарет) таъсир этилмайди. Оғир асоратли қон томир. Диабет; хавфли гипертония (АКБ – 180/ 110) қон томир касалликлари билан биргаликдаги гипертония; ўтмишда ёки ҳозирдаги тромбоземболия (тромбофлебит); мия – томир муаммолари ёки юрак тож томирларининг шикастланиши; хавфли ва хавфсиз жигар ўсмаси; Ўткир жигар касаллиги; Хавфли жигар циррози бўлганларга таъсир этилмайди.

Тадқиқот натижалари:Қуйдаги вазиятларда фақат бошқа усуллар мос келмаса ёки улардан фойдаланишнинг иложи бўлмасagina эстрогени кам миқдорда бўлган МОКни қўллаш мумкин: туғруқдан кейинги ва бирламчи эмизишнинг 6 haftaдан 6 ойгача бўлган даври оралиғида; мўтадил гипертония; сурункали жигар касаллиги (жигар циррозидан фарқли); ўт йўллариининг симптоматик касаллиги. Шуни билингки, агар бу каби аёллар МОКдан фойдаланишга жазм қилсалар, уларниобдон назорат остига олиш даркор.

Хулоса:Таблеткаларнинг турлари - Таблеткалар, мураккаб орал контрацептивлар таркибда эстроген (масалан, этинил эстрадиол (ЭЭ) ва прогестерон (масалан, леваноргестрел, дезогестрел) гормонлари бор. Уларни турли меъёр (доза), ва бирикмаларда учратиш мумкин. Кам дозали таблеткаларда 35 мкг (ёки янада камроқ) ЭЭ ва прогестаген (турли дозаларда) мавжуд бўлса (регивидон, микрогигон, ло - фенол, регулон, марвелон, логест, силест, новенет ва бошқалар), юқори дозали таблеткаларда 50 мкг (ёки кўпроқ) ЭЭ ва прогестерон (турли дозаларда) бор.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ПАЗАРИТАР КАСАЛЛИКЛАР ВА УЛАРИНИНГ БОЛАЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Паразитар касаллиги ёки гельминтозлар кенг тарқалган касалликлардан бўлиб, уларни паразит ҳолда яшовчи куртлар, гижжалар чақиради.

Мавзунинг мақсади: Гельминтоз билан катта ёшдаги кишилар ҳамда болалар касалланиши мумкин. Гельминтозларнинг энг кенг тарқалган даври болаларнинг жадаллик билан ўсиш, яъни 2,5-3 ёшдан 7 ёшгача бўлган даврига тўғри келади. Гельминтозларнинг саломатликка кўрсатаётган салбий таъсири болаларнинг балоғат ёшига қадар давом этади. Агар болалар шу давр ичида табиий йўл билан гижжалардан тозаланиб олмаса, улар ҳаётининг кейинги давларида ҳам яхши ривожланмайди, турли касалликларга кўп чалинади. Шу кунларда ер юзидан инсоннинг касалланишига сабаб бўладиган паразитларнинг 350 дан ортиқ турлари мавжуд.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Энг сўнгги маълумотларга кўра ҳозирги даврда ер юзидан аҳолининг 2/3 қисми гельминтоз билан касалланган. Бу айтиб ўтилган сонлар ва паразитларнинг организмга кўрсатаётган кўпдан кўп зарарли таъсири биз тиббиёт ходимлари олдида катта масъулиятли ишлар турганини кўрсатади. Гельминтозлар организмда қайси органда жойлашишидан катъий назар, албатта, ҳар хил таъсир кўрсатади. Острицалар, аскаридалар, пакана гижжа ва бошқалар аксарият аппендицитга сабаб бўлади. Бундан ташқари улар механик, рефлектор ва токсик таъсир килади. Гельминтозлар тери қичимаси, тошмалар, дерматоз каби патологик ҳолатларни чақиради.

Текшириш натижалари: Гельминтозлар юқтирган болаларда касаллик аломатлари турли-туман бўлиши мумкин. Улар яхши ўсмайди, озиб кетади, аклий ривожланишдан ортда қолиб кетиши, дангаса, ҳаёлпараст, инжик, уйқучан, лоқайд ёки қайсар, тажанг бўлиб қолиши мумкин. Гельминтозлар инсон организми учун кучли аллерген ҳисобланади ва организмдаги ҳар хил аллергияларни, масалан экземалар, эшакемлар, қичималар, нейродермит касаллигини чақиради. Бундан ташқари гельминтозлар иммунитетга ҳам тўғридан-тўғри таъсир қилиш хусусиятига эга. Кўпинча гижжа инвазияси юрак қон-томир системасида ўзгаришларни чақиради. Масалан: аскаридозда қон босими пасайиши, брадикардия, юрак тонларининг ўзгариши ва систолик шовқин кузатилиши мумкин.

Хулоса: Ҳозирга келиб гельминтозларнинг энг зарарли жониворлар эканлигига шак-шубҳа қолмади. Шу туфайли ҳам фарзандларингизни тез-тез тиббий кўриклардан ўтказиб, саломатлигини назорат қилиб бординг.

ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯ ФАҚАТПРОГЕСТОГЕНЛИ ИНЪЕКЦИОН КОНТРАЦЕПТИВЛАР

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Фақат прогестагенли инъекцион контрацептивларнинг таъсир этиш принципи – ФПИКдан фойдаланувчиларнинг қарийб овуляция жараёнида тўхтади. Фойда бермаслик эҳтимоли 0.1 – 0.6%. Салбий таъсирлари айирим аёлларда: ҳайз даврининг номунтазамлашуви (амеорея, оз миқдорда қонли ажратмалар бўлиши, вақти – вақти билан кўп қон кетиши); вазн ортиши; бир оз бош оғриши, ва сезгирликнинг ошиши кузатилади.

Мавзунинг мақсади: Баъзи аёлларда инъекциялар ҳайз оғриғи ва қон кетишини камайтириб, эндометрияни хавфли ўсмаси ва ЧАЯКдан асраши мумкин. Инъекцион контрацептивларнинг бири бўлмиш Депо – Медроксипрогестерон Ацетат (ДМПА), яъни Депо - Провера эса ўроксимон ҳужайралар танглиги (кризиси) эҳтимолини қайтариши мумкин.

Материал ва текшириш усуллари: Мумкин эмас ҳомиладор ёки ҳомиладорлиги тахмин қилинаётган; хавфли сут бези ўсмаси бор аёлларга. Қуйдаги вазиятларда фақат бошқа усуллар мос келмаса ёки улардан фойдаланишнинг иложи бўлмасагина инъекцион контрацептивларни қўллаш мумкин: қон томир касалликлари билан биргаликдаги диабет; мия - томир муаммолари ва юрак - томирланинг шикастланиши; жиддий жигар касаллиги; оғир гипертония; циррознинг оғир шакли; жигарнинг хавфли ёки хавфсиз ўсмаси. Турлари - Депо метроксипрогестерон Ацетат (ДМПА) - Депо - Провера, мегестрон: 150 мг 3 ой (90 кун) мобайнида ўз самарасини сақлаб туради. Норэтистерон энантат (НЭТ - ЭН) Нористерат: 200 мг 2 ой (60 кун) давомида хизмат қилади. Мегестрон ва ДМПА - сувли суспензия ҳолатида бўлса, НЭТ - ЭН ёғли эритмадир. НОРПЛАТнинг таъсир этиш принципи аксарият аёлларнинг овуляция жараёнини бостиради, бачадон бўйни шиллигини қуюлтиради ва бачадон шиллиқ қаватида ўзгариш чақиради. Фойда бермаслик эҳтимоли – 0,09 – 0,2%. Салбий таъсири - айрим аёлларда: ҳайз даврининг номунтазамлашуви (амеорея, оз миқдордаги қонли ажралмаларнинг бўлиши, кўплаб қон кетиш ҳоллари); вазн оғирлашиши;

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

бош оғриши; сут безларининг оғриши, препаратга бўлган сезгирликнинг ошиши ва ҳуснбузарлар пайдо бўлиши кузатилади.

Тадқиқот натижалари:Замонавий тадқиқотлар давомида НОРПЛАНТ нинг соғлиқ учун бирор узоқ муддатли хавфи борлиги аниқланмади. Ҳомиладор ёки ҳомиладорлиги тахмин қилинаётган; хавфли сут беи ўсмаси бор аёлларга мумкин эмас.Қуйдаги вазиятларда фақат бошқа усуллар мос келмаса ёки улардан фойдаланишнинг иложи бўлмасагина НОРПЛАНТни қўллаш мумкин: циррознинг оғир шакли; фаол белгиси бор вирусли гепатит; жағарнинг хавфли ёки хавфсиз ўсмаси.Ҳозирда имплантатларнинг фақат бир тури, яни НОРПЛАНТ мавжуд. У таркибида левоноргестрел (прогестерон) бўлган 6 дона капсуладан ташкил топиб, 5 йил мобайнида хизмат қилади, олиб ташланади. Айни пайтда олиб ташлашни осонлаштирадиган ва камроқ капсулалардан иборат бўладиган имплантатлар тизими яратилмоқда.

Хулоса:НОРПЛАНТ хайз даврининг биринчи етти куни ичида тажрибали тиббий ходим томонидан киритилиши лозим. Шундан сўнг НОРПЛАНТ дархол ўз фаолиятини бошлайди.Қуйдаги вазиятларда НОРПЛАНТни тезда олиб ташлаш зурур: агар аёл (бирор сабабга кўра) шуни талаб қилса; агар ҳомиладорлик аниқланса; агар бунга тиббий асослар бор бўлса; ёки 5 йиллик муддат яқунланса. Агар мижос НОРПЛАНТдан фойдаланишни давом эттирмоқчи бўлса, унга имплантатларнинг янги тўпламини киритиш керак бўлади.

ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШ КЎРСАТКИЧИ ВА УЛАРНИ БАҲОЛАШ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги:Саломатлик энг зарур кўрсаткичларидан бири бўлиб жисмоний ривожланиш ҳисобланади. Жисмоний ривожланиш умумий биологик қонунларга амал қилган ҳолда ҳамда ижтимоийиқтисодий, тиббийбиологик ва экологик омиллар таъсирида бўлади.

Мавзунинг мақсади: Охириги йилларда амалиётда кенг тарқалган усуллардан бири жисмоний ривожланишни комплекс баҳолаш усули морфо-функционал статусига эмас (гармоник ривожланиш босқичини) балки биологик ривожланиш даражасини ҳам баҳолайди. Болалар ва ўсмирларнинг биологик ривожланиш кўрсаткичи бўлиб тана узунлиги/бўй ўлчамига ва тана вазнига қўшилиш, доимий тишлар сони (тиш етуклиги) ва б.қ.. Катта ёшдаги болаларда булардан ташқари иккиламчи жинсий белгиларни пайдо бўлиши ва қизларда менстрал циклни пайдо бўлиши.

Материал ва текшириш усуллари: Биологик ёшни орқада қолиши болаларда антропометрик кўрсаткичларни пасайиши, таянч ва ҳаракат тизимини нуксонлари, ақлий руҳий ривожланишни пасайиши ва юрак қон томири тизимида ўзгаришлар билан намоён бўлади. Морфо-функционал ҳолат тана кўрсаткичлари кўкрак қафаси айланаси - паузада, қўлда мускул кучини аниқлаш ва ўпка сигимларини аниқлаш билан баҳоланади.Қўшимча критерия бўлиб тана маасасини ортиқлигини ва кўкрак қафасини катталашишини қиёслаш мақсадида тери ости ёғ қатламини стандарт нукталарда ўлчаш билан олиб борилади.

Тадқиқот натижалари: Олинган маълумотларни стандарт кўрсаткичлар билан таққослабниб ривожланиш гармонли, дисгармонли ёки кескин дисгармонли деб баҳоланади.

Хулоса: Шундай қилиб, жисмоний ривожланишни комплекс баҳолашда хулосалар жисмоний ривожланиш кўрсаткичларини ёшга мослиги ва гомонлиги инобатга олиниши лозим. Биологик ёши календар ёшига мос келса, жисмоний ривожланиши гармоник равишда бўлса, бундай болалар соғлом ҳисобланади. Агарда биологик ёши календар ёшидан илдамлаб ёхуд орқада қолиб кетса морфо-функционал кўрсаткичи гармонли бўлса, лекин тана вазни кам бўлса, касалланиш бўйича 1нчи хавф гуруҳига киради.Агарда биологик ёши календар ёшидан илдамлаб ёхуд орқада қолиб кетса ва морфофункционал кўрсаткичи дисгармонли ҳамда ортиқча вазнга эга бўлса, 2нчи хавф гуруҳига киради.

ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯНИНГ ТЎСИҚЛИ УСУЛЛАРИ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Аёллар презервативи полиуретан (пластикли) қобиқ бўлиб, унинг бир томонида юмшоқ эгилувчан ҳалқа мавжуд. Аёллар презервативининг ёпик бўлган томони қинга киритилади, унинг очик томони эса вульвани қамраб олади.

Мавзунинг мақсади: Аёллар презервативининг таъсир этиш принципи - қинга шахват суюклиги тушишидан химояловчи физик тўсиқ ҳисобланади.Фойда бермаслик эҳтимоли 5- 21%.Салбий таъсирлари - Йук. Аёллар презервативи ЖАБЮК, шу жумладан ОИТС вирусини тарқатувчи ОИВга қарши

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

химоя воситасини ўтайди.Полиуретан ва силиконга сезгир инсонлар ўзларига тўғри келадиган бошқа усулларни кидиришлари зарур.

Материал ва текшириш усуллари: Презервативларнинг қўлланилиши -Аёллар презервативи жинсий алоқадан бир неча соат аввал. Эркаклати билан қиннинг ҳар қандай алоқаси пайтида презервативқинда бўлиши шарт. Презервативни киритишдан олдин уни кўздан кечириб, ташқи ва ички томонлари тўлиқ ёлганганлигига ишонч ҳосил қилиш лозим. Презервативнинг ички эластик ҳалқасини бармоқларингиз билан эҳтиёткорлик билан сиқиб, узунчоқ холга келтиринг. Бошқа қўлингиз бармоқлари билан эса қин бурмаларини ён томонларга силжитинг.Презервативнинг ҳалқасини қин ичкарасига эҳтиётлик билан киргазинг.Сўнг кўрсатқич бармоғингизни презервативнинг очик томонидан киргазиб, ички ҳалқасини қин ичкарасига чуқурроқ силжитинг. Шунда у бачадон бўйини бутунлай қоплаши керак. Презервативнинг бир қисми (очик томони) ташқарида қолади.

Тадқиқот натижалари: Жинсий алоқа пайтида, олат (пенис) презервативнинг очик тарафидан шундай киргазилиши кераки, шахват отилиб чиққач, презервативни сиқиб олиб, ташқарига чиқариб олиш осон бўлсин.Хар гал жинсий алоқа пайтида янги презерватив ишлатиш керак.Спермицидларнинг таъсир этиш принципи - қиндаги сперматозоидларни ўлдириб, уларни бачадонга тушушига йўл қўймайди.Фойда бермаслик эҳтимоли 3-21%.Салбий таъсирлари - Бази фойдаланувчилар спермицидларга сезгир бўладилар.

Хулоса: Спермициддан фойдаланиш айрим бактериялардан ва ЖАБЮК вирусларидан бирмунча химоя қилади. Спермицидга сезгир эркак ёки аёллар ҳамда ушбу усул ўзини оқламаган тақдирда хомила туфайли соғлиги хавф остига тушиши мумкин бўлган аёллар ўзларига тўғри келадиган бошқа усулларни қўллашлари лозим. Турлари- асосий таркибини фаол таъсир этувчи моддалар ноноксинол, отоксинол ёки хлорид бензалкониум ташкил қилади. Спермицидлар крем, гел, эрувчан ва кўпик ҳосил қилувчи таблеткалар, шавмчалар, аэрозол кўпиклар, пленка ва презерватив сиртидаги суртма кўринишида бўлиши мумкин.

60 ЁШДАН КАТТА ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ЎРТАСИДА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛАГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Юрак ишемик касалликлари ўлим кўрсаткичлари бўйича дунёда биринчи ўринни эгаллайди. Ўлим кўрсаткичи ортишига сабаб бўлувчи ҳолатни юрак ишемик касаллиги ташкил қилади. Ёшнинг узайиши аҳоли таркибида кексалар сонининг ортиши, келгусида уларнинг саломатлиги билан боғлиқ муоммоларнинг ортишига сабаб бўлади.

Мавзунинг мақсади: 60 ёшдан ошган аҳоли ўртасида юрак ишемик касаллиги тарқалишини баҳолаш.

Материал ва текшириш усуллари: Бир вақтда эпидемиологик текшириш усули билан 296 эркак ва аёл (154 нафар эркак , 142 нафар аёл). Барча сўровномадан ўтган аҳоли (Роуз сўровномаси) зўриқишидаги стенокардия (СН) ва анамнезида миокард инфаркт (МИ) бўлганлиги, ЭКГ 12 – тармоқда ёзилди ва таҳлил қилинди. Юрак ишемик касаллигини ташхислаш: ИМ (ЭКГ-белгилари Q-тишчанинг борлиги, QRS деформацияси – байроқча, симптом сидячая кошка, (ўтирган мушик) ва анамнезига асосланиб, юрак ишемияси белгилари (ST-сегменти ва Т-тишча депрессияси) чап қоринча мушаклари гипертрофиясиз (ЧКМГ) ЭКГда юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишлари .

Тадқиқот натижалари: Юқорида келтирилган белгиларга асосланиб, текширилган беморларнинг 50% ортигида юрак ишемик касаллиги, шунингдек юрак етишмовчилиги, анамнезида (анкета бўйича) 5,3% ҳолатда миокард инфаркт (МИ) аниқланди. Юрак ишемик касаллиги тарқалиши (сўровнома, электрокардиография (ЭКГ), юрак етишмовчилиги ЮЕ) белгилари бўйича аёлларда эркакларга нисбатан юқори 57,1% ва 45,3% мос равишда. Ёши улғайиб бориши билан кекса аҳоли ўртасида юрак ишемик касаллиги кўрсаткичи 10-15% ортиб борган.

Хулоса: 60 ёшдан катта ва кексаларнинг ярмидан кўпроғида юрак ишемик касаллиги борлигини аниқланди. Катта ёшдагиларни албатта эпидемиологик ва профилактик чора тадбирлар лойиҳаларига киритиш лозим. Ёши улғулар ўртасида юрак ишемик касаллигининг аниқланиши соғлиқни сақлаш тизимида қўлланиладиган сарф ҳаражатларни режалаштириш ва касалликнинг олдини олиш учун зарурдир.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

60 ЁШДАН КАТТА ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ЎРТАСИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ТАРҚАЛИШИ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Қандли диабет ҳаёт учун хавфли бўлган касалликлар туркимига кириб, юрак қон-томир касалликларнинг етакчи хавф омили ҳисобланади. Охирги йилларда қандли диабет кўп тарқалганлиги матбуотда эътироф этилмоқда. Аҳоли орасида кекса ёшларнинг ортиб бориши, улар ўртасида юрак қон-томир касалликлари ва қандли диабет 2- турининг ортиб боришига сабаб бўлмоқда.

Текширишдан мақсад: Фарғона водийси аҳолиси ўртасида 60 ёшдан катта эркак ва аёллар популяциясида қандли диабетнинг тарқалишини ўрганиш.

Материал ва текшириш усуллари: Бир вақтда 297 эркак ва аёллар стандарт сўровнома ҳамда текшириш усули билан 154 нафар эркак, 143 нафар аёл ўрганилди. Сўровнома паспорт маълумотлари, ижтимоий социал ҳолатни камраб олувчи касаллик анамнези, риск омиллари ҳамда атропометрик, лаборатор кўрсаткичларни ўз ичига олган. Бирламчи тиббий бўғимда наҳорга қондаги қанд миқдори, тана вазни индекси аниқланилди. 1. Шифокор беморга сизда қандли диабет бор деса! 2. Эрталаб наҳорга қондаги қанд миқдори $\geq 7,0$ ммоль/л, аниқланилса, 3. Тана вазни индекси (ТВИ) юкори кўрсаткичли, вазн йўқотиш кузатилса, сабабсиз суюқлик кўп истеъмол қилса ва суткалик сийдик миқдорининг ортиши аниқланилганда қандли диабет ташҳиси қўйилади.

Тадқиқот натижалари: Анамнези бўйича қандли диабет тарқалиши текширилган популяцияда 14,3%, эркаклар ўртасида - 11,9%, аёллар ўртасида - 12,2% белгиланган. Қондаги қанд миқдори наҳорга текширилганда $\geq 7,0$ ммоль/л 15,6% умумий популяцияда, 15,9% эркакларда ва 12,1% аёлларда аниқланилди. Шундай қилиб, қандли диабет популяцияда 30,2% ни, эркаклар ўртасида 27,8% , аёллар ўртасида - 24,3% ташкил қилди. Улардан 58,9%, 65,4%; ва 62,7% ўзларида қандли диабет борлигини билмаган.

Хулоса: Водийнинг ҳар учинчи аҳолисида қандли диабет бор ёки бунга мойил. Аҳоли ўртасида қандли диабет касаллиги ҳақида маълумотлар берилиб, уларнинг тиббий савиясини ошириш зарур.

КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА АСКАРИДОЗ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН КАМҚОНЛИКНИ ДАВОЛАШ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Кичик ёшдаги болаларда камқонликни келтириб чиқарувчи сабаблардан бири болаларни гижжалар билан касалланганлигидир. Жаҳон соғлиқни сақлаш Ташкилоти маълумотида кўра, кичик ёшдаги болалар орасида энг кўп тарқалган гельминтоз касаллиги бу аскаридоздир.

Мавзунинг мақсади: Аскаридоз натижасида келиб чиққан анемияни даволаш асосий мақсад қилиб олинди.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Қўйилган мавзуни амалга ошириш мақсадида 50 нафар 7-14 ёшли болалар (30 нафар қиз бола, 20 нафар ўғил бола) текширувга олинди. Текширув ва даволаш болалар поликлиникаси ва уй шароитида олиб борилди. Даволаш муолажаси бошлангунча периферик қон (умум қабул қилинган усул билан) ва аҳлат текширилди (гижжалар ёки уларнинг тухуми аниқланди). Болаларга Тимьян мойи буюрилди. 3 та 10 кунлик цикл оралиғида 1 ҳафтадан танаффус. 7-10 ёшга - 2 томчи, 7-14 ёшга - 3 томчидан берилди. Курс муддати 45 кунни ташкил қилди.

Текшириш натижалари: Кичик ёшдаги болаларга антианемик препаратлар- кобавит 10 мг х 2 маҳал ва ферроплекс препарати 1 таблетка маҳал берилди (1 ой). Даволаш натижаси шуни кўрсатдики, қондаги гемоглобин миқдори 40-45 г/л га ортди (даволашгача 65-70г/л бўлса, даволангандан кейин 105-115 г/л ни ташкил қилди). Наҳас текширувида берилган дори таъсирида аскарида кўп миқдорда чиқиб кетиши аниқланди.

Хулоса: болаларда аскаридоз касаллиги натижасида келиб чиққан анемияни даволашнинг энг самарали усули Тимьян мойи ва антианемик препаратлардан кобавит ва ферроплексдир. Бу препаратлар берилгандан сўнг болаларнинг иштаҳаси очилгани, тери ва шиллиқ пардалари ранги ижобий томонга ўзгарганлиги кузатилди. Бу препаратлар ичида тимьян ва кобавит табиий фитоиммуномодуляторлар бўлиб организмга ножўя таъсир кўрсатмайди, уни қўллаш усули оддий, иқтисодий жиҳатдан жуда энгил ва даволашни уй шароитида ҳам олиб бориш мумкин.

ИЧАК ЯЛЛИҒЛАНИШ СИНДРОМИ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги. Ичак яллиғланиш синдроми – ошқозон – ичак йўли фаоллигининг бузилиши бўлиб, унинг пастки бўлимлари шикастланиши билан намоён бўлади; ассосий белгилари – қориндаги оғриқ, қабзият, диарея. Клиникаси деярли ҳамма вақт бемор уйғоқлигида ва стресс ҳолатида ёки овқат еяётганда пайдо бўлади.

Мавзунинг мақсади: Аҳоли орасида қабзиятнинг олдини олиш мақсадида, тўғри овқатланиш, яъни соғлом турмуш тарзини тарғибот ва ташвиқот қилиш. Кўпинча қабзият ва қоринда оғриқ. Диарея ва қабзиятнинг навбатма – навбат келиши. Хусусан ичак фаолиятининг бузилиши. Қориндаги турли даражадаги оғриқ, диффуз эпигастрал соҳада, қориннинг пастки қисмида, сигмасимон ичак йўлида оғриқ, овқат ейиш, стресс ва жисмоний иш билан боғлиқ, эрталаб ёки кундузи пайдо бўлади, дефекациядан кейин ёки газ чиқиб кетгандан кейин оғриқ пасаяди.

Материал ва текшириш усуллари. Текширилган 67 нафар беморнинг 84% чидаб бўлмас санчиқли оғриқ билан кечган. Касаллик вариантлари кўп ҳолларда диарея сурункали интермиттирловчи диарея билан кечади. Уйқу вақтида ва ётганда оғриқ интенсивлиги камайдими ёки умуман оғриқ бўлмайди. Органик потологияни истисно этиш учун ошқозон – ичак трактини тўлиқ текшириш зарур. Қоннинг тўлиқ таҳлили, сийдикнинг умумий таҳлили, копрограмма – нажасда яширин қон, гижжа тухуми, паразитлар ва микроорганизмлар патоген культурасини ажратиш таҳлили; нажас массасида лейкоцитлар борлигини аниқлаш учун суртма. Махсус текширувлар. Патологик ўзгаришлар йўқ, қорин бўшлиғи УТТ. Иррография, заррурият бўлганда ФЭГДС. Колоноскопия- аппарат киритилганда ва ҳаво юборилганда кўпинча ичак спазми ва оғриқ пайдо бўлади кучсиз гиперемия ҳамда анчагина шиллиқ борлигини аниқлаш мумкин.

Тадқиқот натижалари. Бемор кўтара олмайдиган махсулотларни истисно қилган ҳолда пархез, психоэмоционал таъсир кўрсатиш, баъзи ҳолларда психотерапевт билан ҳамкорликда иш олиб бориш даркор, седатив препаратлар, транквилизаторлар, антидепрессантлар. Ичак фаолияти бузилишини коррекциялаш. Қабзият синдроми – ўсимлик клечаткасига бой пархез(мева ва сабзавотлар, денгиз карами, сўли, ўстирилган буғдой донлари, кепакли нон), етарли миқдордаги суюқлик тана вазнига ҳисоблаган ҳолда (кунига камида 1,5 л) тавсия этиш.

Хулоса. 1. Яллиғланиш жараёни ёки саратон ривожланишига қадар кучайиб кетмайди. 2. Стрес ҳолатларда касаллик қайталаниши мумкин. 3. Ёш ўтиши билан касаллик қайталаниши кўпаяди.

ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШ КЎРСАТКИЧИ ВА УЛАРНИ БАҲОЛАШ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Саломатлик энг зарур кўрсаткичларидан бири бўлиб, жисмоний ривожланиш ҳисобланади. Жисмоний ривожланиш умумий биологик қонунларга амал қилган ҳолда ҳамда ижтимоийиқтисодий, тиббийбиологик ва экологик омиллар таъсирида бўлади.

Мавзунинг мақсади: Охирги йилларда амалиётда кенг тарқалган усуллардан бири жисмоний ривожланишнинг комплекс баҳолаш усули морфо-функционал статуснигина эмас (гармоник ривожланиш босқичини), балки биологик ривожланиш даражасини ҳам баҳолайди. Болалар ва ўсмирларнинг биологик ривожланиш кўрсаткичи бўлиб тана узунлиги/бўй ўлчамига ва тана вазнига қўшилиш, доимий тишлар сони (тиш етуқлиги) ва б.қ.. Катта ёшдаги болаларда булардан ташқари иккиламчи жинсий белгиларнинг пайдо бўлиши ва қизларда менструал циклни пайдо бўлиши кузатилади.

Материал ва текшириш усуллари: Биологик ёшнинг орқада қолиши болаларда антропометрик кўрсаткичларнинг пасайиши, таянч ва ҳаракат тизими нуксонлари, аклий руҳий ривожланишнинг пасайиши ва юрак қон томир тизимида ўзгаришлар билан намоён бўлади. Морфофункционал ҳолат тана кўрсаткичлари кўкрак қафаси айланаси - паузада, қўлда мускул кучини аниқлаш ва ўпка сиғимларини аниқлаш билан баҳоланади. Қўшимча мезон бўлиб тана маасасининг ортиқлигини ва кўкрак қафасининг катталанишини киёслаш мақсадида тери ости ёғ қатламини стардарт нукталарда ўлчаш билан олиб борилади.

Тадқиқот натижалари: Олинган маълумотларни стандарт кўрсаткичлар билан таққослаб, ривожланиш гармонал, дисгармонал ёки кескин дисгармонал деб баҳоланади.

Хулоса: Шундай қилиб, жисмоний ривожланишнинг комплекс баҳолашда хулосалар жисмоний ривожланиш кўрсаткичларининг ёшга мослиги ва гормоналлиги инобатга олиниши лозим. Биологик ёши календар ёшига мос келса, жисмоний ривожланиши гармонал равишда бўлса, бундай болалар соғлом ҳисобланади. Агарда биологик ёши календар ёшидан илдамлаб ёхуд орқада қолиб кетса, морфофункционал

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

кўрсаткичи гармонал бўлса, лекин тана вазни кам бўлса, касалланиш бўйича 1 хавф гуруҳига киради. Агарда биологик ёши календар ёшидан илдамлаб ёхуд орқада қолиб кетса ва морфофункционал кўрсаткичи дисгармонал ҳамда ортикча вазнга эга бўлса, 2 хавф гуруҳига киради.

ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР ВА УЛАРНИНГ БОЛАЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ

*Каримова К.Д. – Стоматология факультети 5 - босқич талабаси
Илмий раҳбар: Акбарова. Г.Х. ВМО Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Паразитар касаллиги ёки гельминтозлар кенг тарқалган касалликлардан бўлиб, уларни паразит ҳолда яшовчи куртлар, гижжалар қақиради.

Мавзунинг мақсади: Гельминтоз билан катта ёшдаги кишилар ҳамда болалар касалланиши мумкин. Гельминтозларнинг энг кенг тарқалган даври болаларнинг жадаллик билан ўсиши, яъни 2,5-3 ёшдан 7 ёшгача бўлган даврига тўғри келади. Гельминтозларнинг саломатликка кўрсатаётган салбий таъсири болаларнинг балоғат ёшига қадар давом этади. Агар болалар шу давр ичида табиий йўл билан гижжалардан тозаланиб олмаса, улар ҳаётининг кейинги давларида ҳам яхши ривожланмайди, турли касалликларга кўп чалинади. Шу кунларда ер юзида инсоннинг касалланишига сабаб бўладиган паразитларнинг 350 дан ортик турлари мавжуд.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Энг сўнгги маълумотларга кўра, ҳозирги даврда ер юзидаги аҳолининг 2/3 қисми гельминтоз билан касалланган. Бу айтиб ўтилган сонлар ва паразитларнинг организмга кўрсатаётган кўпдан кўп зарарли таъсири биз тиббиёт ходимлари олдида катта масъулиятли ишлар турганини кўрсатади. Гельминтозлар организмда қайси органда жойлашишидан қатъий назар, албатта, ҳар хил таъсир кўрсатади. Острицалар, аскаридалар, пакана гижжа ва бошқалар аксариат аппендицитга сабаб бўлади. Бундан ташқари, улар механик, рефлексор ва токсик таъсир қилади. Гельминтозлар тери қичимаси, тошмалар, дерматоз каби патологик ҳолатларни қақиради.

Текшириш натижалари: Гельминтозлар юқтирган болаларда касаллик аломатлари турли-туман бўлиши мумкин. Улар яхши ўсмайди, озиб кетади, ақлий ривожланишдан ортда қолиб кетиши, дангаса, ҳаёлпараст, инжиқ, уйқучан, лоқайд ёки қайсар, тажанг бўлиб қолиши мумкин. Гельминтозлар инсон организми учун кучли аллерген ҳисобланади ва организмдаги ҳар хил аллергияларни, масалан экземалар, эшакемилар, қичималар, нейродермит касаллигини қақиради. Бундан ташқари, гельминтозлар иммунитетга ҳам тўғридан-тўғри таъсир қилиш хусусиятига эга. Кўпинча гижжа инвазияси юрак қон-томир системасида ўзгаришларни қақиради. Масалан: аскаридозда қон босими пасайиши, брадикардия, юрак тонларининг ўзгариши ва систолик шовқин кузатилиши мумкин.

Хулоса: Ҳозирга келиб гельминтозларнинг энг зарарли жониворлар эканлигига шак-шубҳа қолмади. Шу туфайли ҳам фарзандларингизни тез-тез тиббий кўриклардан ўтказиб, саломатлигини назорат қилиб боринг.

ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН – МАКТАБ ОСТОНАСИДАН, ТАЪЛИМ-ТАРБИЯ ТИЗИМИДАН БОШЛАНАДИ

*Каримжонов Саида–даволаш факультети 305 - гуруҳ талабаси
Илмий раҳбар – Хаджамуратова М.Х.
АДТИ Ижтимоий-гуманитар фанлар кафедраси доценти*

Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев 2020 йил 29 декабрь куни Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисига Мурожаатнома йўллади. Бу мурожаатномада илгари сурилган концептуал ғоялар ва амалга оширилиши керак бўлган ишлар бўйича Президент ташаббуси мамлакатимиз тарихида оламшумул воқеа бўлди. Айниқса “Янги Ўзбекистон – мактаб остонасидан, таълим-тарбия тизимидан бошланади” деган концептуал ғоя Ўзбекистон фарзандларини янада камол топишига, буюк давлат келажagini гуллаб-яшнададиган кучга айланиши шубҳасиз.

Мухтарам Президентимиз таъкидлаб ўтганидек, –“Янги Ўзбекистон – мактаб остонасидан, таълим-тарбия тизимидан бошланади”, деган ғоя асосида кенг қўламли ислохотлар амалга оширилмоқда.

Биринчидан, ёш авлодга боғча, мактаб ва олийгоҳда сифатли таълим-тарбия беришни йўлга қўямиз, улар жисмоний ва маънавий соғлом, ватанпарвар инсонлар бўлиб улғайиши учун барча куч ва имкониятларни сафарбар этилмоқда.

Иккинчидан, ёшларни замонавий билим ва тажрибалар, миллий ва умумбашарий кадриятлар асосида мустақил ва мантикий фикрлайдиган, эзгу фазилатлар эгаси бўлган инсонлар этиб вояга етказилмоқда.

Учинчидан, ўғил-қизларимизни меҳнат бозорида талаб юкори бўлган замонавий касб-хунарларга ўргатиш, уларда тадбиркорлик кўникмалари ва меҳнатсеварлик фазилатларини шакллантириш ҳамда ташаббусларини рўёбга чиқариш, иш ва уй-жой билан таъминлашга устувор аҳамият қаратилади. Бир сўз

билан айтганда, бола туғилганидан бошлаб, 30 ёшгача бўлган даврда уни ҳар томонлама қўллаб-қувватлайдиган, ҳаётда муносиб ўрин топиши учун кўмак берувчи, яхлит ва узлуксиз тизим яратилмоқда. Юқорида келтириб ўтилган даъваткор гоё таълим-тарбия соҳасида, ёшларни ҳар томонлама етук, интеллектуал салоҳиятли, юксак маънавиятли инсонлар бўлиб вояга етишига хизмат қилади. Мухтарам Президентимиз айтиб ўтганларидек, - Дунё тажрибаси шуни кўрсатадики, ёш авлодни ҳар томонлама баркамол этиб вояга етказиш учун сарфланган сармоя жамиятга ўн, юз баробар кўп фойда келтиради. Ҳақиқатдан амалга оширилаётган эзгу ислохотлар ўзининг ижобий натижасини бериши шубҳасиз.

Мен мана шундай эзгу мақсадлар йўлида халқимизга, ёшларга кенг имкониятлар эшигини очиб бераётган мустақил Ўзбекистон фарзанди бўлганимдан фохрланаман. Албатта Мурожаатномада кўзда тутилган имкониятлардан кенг фойдаланиб, келажақда ватанимга, халқимга муносиб фарзанд, етук мутахассис бўлиб шаклланишга ҳаракат қиламан.

БОЛАЛАРДА КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ЕЛКА ВА ТИРСАК БЎҒИМИКОНТРАКТУРАЛАРИНИ ЭРКИН БУТ ТЕРИ ЁРДАМИДА БАРТАРАФ ЭТИШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ

*Кетмонов А.Г., Абдурахимов С.О. –Болалар жағ-хирургияси кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги. Куйиш касаллиги кўп ҳолларда беморларда оғир асоратларга олиб келади. Айрим ҳолларда куйиш жароҳати битгандан сўнг беморларда бош, бўйин, тана, қўл ва оёқларда чандикли деформация (тери ва юмшоқ тўқималарни бужмайиб қолиши) лари ва контрактура (ёзилмай қолиш) лари кузатилади. Муаллифларнинг (Юденич В.В. и Гришкевич В.М., 2007) маълумотида кўра, барча йирик бўғимлар контрактуралари орасида елка бўғими контрактураси 10-37% ни, тирсак бўғими контрактураси эса 7-28 % ни ташкил этади.

Материаллар ва текшириш усуллари. Ҳозирги кунда АВБКТТМ Юз-жағва пластик жарроҳлик бўлимида куйгандан кейин учрайдиган асоратларни пластик-қайта тиклаш жарроҳлик усуллариининг замонавий усуллари қўлланилмоқда. 2021 йилгача 100 дан ортиқ болаларда куйгандан кейинги бўғимларнинг чандикли букилган контрактурасини бартараф этиш билан ташриҳ бажарилди. Шулардан биз елка ва тирсак бўғими чандикли букилган контрактураси билан 36 нафар беморларни кузатдик. Шулардан 8 нафари назорат ва 28 нафари асосий гуруҳларга киритилди. Ушбу беморларда умум клиник текширувлар билан бирга бўғимларнинг рентгенологик текшируви ўтказилди.

Муҳокамава натижалар. Ҳозирда маълумки, елка ва тирсак бўғими тотал чандикли контрактураларини бартараф этишда анъанавий усуллардан бири бўлган дермотом ёрдамида олинадиган эркин аутодермопластика усулидан фойдаланилади.

Бу усул қулайлиги билан бир қаторда бир қанча камчиликларга ҳам эга (трансплантат ретракцияси, гиперпигментация). Биз бу камчиликларни ҳисобга олиб, куйгандан кейинги елка ва тирсак бўғимлари контрактураларини бартараф этишда янги замонавий усул, эркин буттери ёрдамида контрактураларни бартараф этиш усулини тадбиқ этдик. Ушбу усул билан куйгандан кейинги елка ва тирсак бўғимлари тотал чандикли букилган контрактуралари 28 нафар бемор болаларда ташриҳ ўтказилди. Бу усулда бажариладиган ташриҳни анъанавий усулда бажариладиган ташриҳдан фарқи қуйидагича: елка ва тирсак бўғими чуқурчаларидаги тортиб турувчи чандиклар кесиб олинади. Гемостаз. Бўғим бироз реддрессация қилинади. Ҳосил бўлган жароҳатга чов соҳасидан скалпель ёрдамида терини барча қаватлари билан қўшиб олинган ва тери ости ёғ қаватидан ажратилган эркин бут тери ёпилиб, четлари атравматик тугунли чоклар билан тикилади. Жароҳатга босиб турувчи фурациллинли боғлам қўйилади. Донорлик жароҳат “ўткир дермотензия” усулда тикилади. Барча беморларда операция вақтида ва операциядан кейин 3-5 кун мобайнида антибиотикотерапия, операциядан кейинги даврда эса физио ва больнеотерапия ўтказилди.

Ушбу усулда елка ва тирсак бўғими чандикли букилган контрактураларини бартараф этилганда 1 (3,6 %) нафар беморда ўтказилган трансплантат лизисга учраб контрактура рецидиви кузатилди.

Хулоса. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, назорат гуруҳидаги 8 нафар бемордан 2 (25%) нафарида трансплантат бужмайиши ва контрактурани қисман қайталаниши кузатилди. Асосий гуруҳдан 27 (96,4 %) нафар беморларда бўғим фаолияти яхшиланиб, меҳнат фаолияти тўла тикланиб, яхши натижаларга эришилди.

ОИЛАДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ

*Д.Қодирова – ОХИ йўналиши 2-курс талабаси
М.Қўзйбоева-илмий раҳбар, Ўзбек тили ва адабиёти кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти*

Саломатлик ҳар бир инсон учун бебаҳо бойлик сифатида жамият ижтимоий-иқтисодий ривожланишининг муҳим шартларидан бири бўлмоқда. Дарҳақиқат, Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг таърифига кўра: «**Саломатлик** – касаллик, бирор нуқсонларнинг йўқлиги эмас, балки жисмоний, ақлий (руҳий) ва ижтимоий хотиржамликдир».

Саломатликни ҳар қанча моддий бойлик ва маблағ эвазига сотиб олиб бўлмайди. Инсон мустаҳкам саломатликка эга бўлгандагина бахтли яшаши мумкин. Шундай экан, саломатлик – мавжуд барча қадриятлар орасида энг олийси сифатида қадрланмоғи лозим. Бунинг учун ҳар бир инсон мустаҳкам саломатликка эришиш йўлини, саломатликнинг сир-асрорларини чуқур билиши ва тўлақонли саломатликнинг ягона йўли соғлом турмуш тарзи эканлигини англаб етиши лозим.

Турмуш тарзи – инсон ҳаётининг таянч нуқтасики, ҳар бир инсон унга таянган ҳолда, ўз ҳаётини тубдан ўзгартиришга эришиши мумкин. Турмуш тарзини белгиловчи бош омил инсоннинг ўзидир. Соғлом турмуш тарзи – шундай яшаш тарзики, унда одамлар саломатлигига таъсир кўрсатувчи зарарли омиллар бўлмаслиги, инсон улардан онгли равишда ўзини четга олиши керак.

Соғлом турмуш тарзининг асосий йўналишлари:

- Жамоа ва шахсий гигиена қоидаларига амал қилиш;
- жисмоний фаоллик;
- кун тартибига риоя қилиш;
- зарарли одатлардан тийилиш;
- тўғри овқатланиш;
- руҳий хотиржамлик;
- тиббий маданият.

Қадимда бир донишманддан: “Инсонни нима бахтли қилади, бойликми ёки шон-шухратми,” – деб сўрайдилар. “Бойлик, қолаверса, шон-шухрат ҳам инсонни бахтли қила олмайди. Тани-жони соғ инсон ҳар қандай касалманд бадавлатдан бахтлироқдир”, деб жавоб берибди донишманд. Бундан хулоса қиладиган бўлсак, соғлом бўлмаган инсон бахтли бўла олмайди, бетоб бўлса, ҳеч қандай бойлик татимайди. Мустаҳкам соғлиқ инсоннинг асосий эҳтиёжларидан бири бўлиб қолмай, балки у жамиятнинг муҳим ижтимоий-иқтисодий эҳтиёжи ҳамдир. “Халқ соғлиги – юрт бойлиги” деб бежиз айтилмаган. Кишининг мустаҳкам соғлигини фақат унинг касалликлардан ҳоли бўлгани эмас, балки жисмоний ва руҳий куч-қувватининг уйғунлиги, яхши меҳнат қобилияти, кайфиятининг доим яхши бўлиши кўрсатади. Ҳар бир одам ўз қадр-қимматини билиши, атрофидаги одамларни ҳурмат қилиши, ўз ишини қадрлаши, соғлигини сақлаши, бахтли-саодатли бўлиб яшаши учун ҳаракат қилиши керак. Бу, албатта, соғлом турмуш тарзи билан амалга оширилади.

Соғлом турмуш тарзини шакллантириш учун қуйидаги усулларни таклиф қиламиз:

- энг аввало, ўзингиздаги зарарли одатлардан қутилишга ҳаракат қилинг. Бунинг учун уларнинг зарари ва оқибатини теран тасаввур қилинг ҳамда танқидий баҳоланг. Зарарли одатлардан қутилиш йўллари изланг;

- овқатланишда меъёрни одат қилинг. Тана вазнингиз меъёрда бўлишига эришинг. Ортиқча ва тартибсиз, пала-партиш овқатланишга чек қўйинг;

- кундалик жисмоний фаолликни таъминланг. Эрталаб туриб сайр қилиш, юриш, югуришни одат қилинг. Кундалик ҳаракат дастурингиз оз бўлса ҳам доимий бажариладиган машғулотлардан иборат бўлсин. Буни уй шароитида бажариладиган машқлардан бошлаш мумкин;

- ҳар куни эрта уйқуга ётиб, эрта туришни одат қилинг. Ўқишда танаффус вақтида очик ҳавога чиқинг;

- ўзаро муомала ва муносабатларда иззат, ҳурмат, ахлоқ, одоб меъёрларига, жамият қонунларига риоя қилинг;

- оилавий муносабатлар ҳам ўзаро муносабатларнинг давоми. Шунинг учун юқоридаги талаблар бу ерда ҳам амал қилади. Оилавий жуфт танлашда асосий талабни чирой, мавқе, бойлик каби ташқи омилларга қараб эмас, балки, тиббий-биологик ва ижтимоий-психологик омиллар нуқтаи назаридан ҳал қилишга ҳаракат қилинг;

- тозалликни одат қилинг;

- эҳтиёткорлик кундалик турмушингизнинг асосий талаби бўлсин. Ҳар бир техника ва механизмлардан фойдаланишда, бирор иш, хатто, гап гапиришдан олдин унинг оқибатлари ҳақида ўйланг;

- соғлом турмуш тарзи кечирувчи одамлар билан дўстлашинг. Уларнинг суҳбатлари сизда соғлом турмуш тарзи шаклланиши, бу соҳада билимларингизни бойишига ёрдам беради. Уйингизда, албатта, соғлом турмуш тарзи масалаларига бағишланган китоблар бўлсин. Сизнинг соғлом турмуш тарзи йўлидаги ҳаракатингиз оила аъзоларингизни, дўстларингиз, танишларингизни эргаштиришга хизмат қилсин.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Соғлом турмуш тарзига камида 2, 3 ойда кўникма шаклланиб, 5 – 6 ойда улар мустаҳкамланади, 1 йилдан кейин эса бундай турмуш сиз учун кундалик одатга айланади. Сиз ҳақиқий соғлиқ нима эканлигини тушунасиш.

Соғлом ҳаёт, бахтли келажак, баракали узоқ умр ҳар бирингизга ёр бўлсин!

МУРОЖААТНОМА ВА МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ MASALASI

Комилова Дилноза–даволаш факультети 305 гуруҳ талабаси

Илмий раҳбар – Хаджамуратова М.Х.

АДТИ Ижтимоий-гуманитар фанлар кафедраси доценти

Кичик ёшдаги болаларни тарбиялаш, уларни камол топишига ҳар томонлама шароит яратиб бериш давлат сиёсатининг устувор вазифаларидан бирига айланди. Ушбу ислохотларни янада давом эттириш ва бошлаган ишларимизни янги, юксак босқичга кўтариш мақсадида 2021 йилга мамлакатимизда “Ёшларни кўллаб-қувватлаш ва аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш йили”, деб ном берилди.

2021 йил номида белгиланган соҳаларни тубдан ислоҳ қилишга янада ривожлантириш бўйича кенг кўламли ишларни амалга ошириш лозимлиги мухтарам Президентимиз томонидан кўрсатиб ўтилди. Айнан ислохотларни мактабгача таълим соҳасини ривожлантириш масаласидан бошлангани айтиш мумкин бўлди.

2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида ҳам мактабгача таълим соҳаси биринчи вазифа сифатида белгиланган.

Бугунги кунда мактабгача таълим муассасаларининг таълим дастурлари ва ўқув-тарбиявий режаларига қўйилган давлат талабларини такомиллаштириш долзарб масалалигича қолмоқда, - дейди Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев, - Мутахассисларнинг тадқиқотларига кўра, инсон бутун умри давомида оладиган барча маълумотларнинг 70 фоизини беш ёшгача бўлган муддатда қабул қилади. Илк ҳаётий тасаввурлар, инсон тафаккурида пойдевор бўлувчи тушунчалар бола онгида айнан шу пайтда шаклланади.

Бола дунёга келганидан бошлаб, унда айнан мактабгача бўлган ёшда ақлий фаоллик ошади, ахлокий-эстетик ва жисмоний хислатлар шаклланади. Шу боис ҳам келгуси йилларда мактабгача таълим соҳасини ривожлантириш борасидаги стратегик мақсадимиз – боғча ёшидаги ҳар бир болани ушбу таълим йўналиши билан тўлиқ қамраб олиш учун зарур шароитларни яратишдан иборат. 2021 йил якуни билан мактабгача таълим қамровини 65 фоизга, 2023 йил охирида эса 75 фоизга етказишимиз керак. Бу ишларга бюджетдан 600 миллиард сўм субсидия бериш ҳисобидан қўшимча равишда 2 мингта нодавлат боғча ташкил этилиб, хусусий сектор улуши 25 фоизга етказилади, - дейди Президент Шавкат Мирзиёев. Шунингдек, 2021 йилда мактабга тайёрлашнинг бепул тизими билан 560 минг нафар 6 ёшли болалар ёки уларнинг 82 фоизи қамраб олинади.

Узоқ қишлоқларда мактабгача таълимнинг муқобил шакллари янада кенгайтирилади. Бунда ЮНИСЕФ ҳамда Жаҳон банки билан ҳамкорликда имконияти чекланган болалар учун мактабгача таълимни уйда бериш модели ҳам йўлга қўйилади.

ГИСТАМИННИНГ АЛЛЕРГИК ВА ЯЛЛИГЛАНИШ РЕАКЦИЯЛАРИ КЕЛИБ ЧИҚИШИДАГИ АҲАМИЯТИ

Қутбидинов Ф.А.- Стоматология факультети 2 -босқич талабаси

Илмий раҳбари: Бокиев М.М.-Биологик кимё кафедраси ассистенти

Андисон давлат тиббиёт институти

Гистамин бириктирувчи тўқиманинг семиз ҳужайраларида гистаминнинг декарбоксилланишидан ҳосил бўлади. У семиз ҳужайраларининг секретор гранулаларида оксиллар билан бириккан ҳолда сақланади. Турли хил таъсиротлар натижасида тўқималарнинг шикастланишида, иммун ва аллергия реакцияларда қонга чиқади ва қуйидаги вазифаларни бажаради:

- артериолалар билан капиллярларни кенгайтиради, натижада қон босими пасаяди, яллиғланиш реакциялари ривожланишига олиб келади;
- капиллярлар ўтказувчанлигини кучайтиради, шишлар келиб чиқишига олиб келади;
- бош миёда капиллярларни кенгайтиради ва қондан суюқлик чиқиши калла ички босими кўтарилишига ва бош оғриги пайдо бўлишига олиб келади;
- ўпка силлик мускулларини қисқартиради, натижада бирдан нафас сиқиб қолиши ва бўғилиш тарикасида намоён бўлади;
- аллергия реакциялар келтириб чиқаради;
- нейромедиатор вазифасини бажаради;
- оғриқ медиатори ҳисобланади;

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

- меъда шираси ва сўлак ажралишини кучайтиради, ошқозон-ичак йўлларида гормонал вазифани бажаради.

Организмга баъзи антиген моддалар (оксил табиатли, полисахаридли антигенлар, бир канча дорилар) тушганда организмнинг сенсбилизациялашган ҳолати (дарҳол юзага чиқадиган турдаги ўта сезувчанлик ҳолати) ривожланади. Ўша антигеннинг ўзи бир неча дақиқа давомида организмга яна тушадиган бўлса, бу гистамин шокининг деярли аниқ нусхасидан иборат бўлган ўткир реакция бошланишига олиб келади (анафилактик ва аллергия реакциялар). Бу реакциялар механизми семиз ҳужайралардаги гистамин ажралиб чиқишини ўз ичига олади. Бу ҳужайралардан гистамин уларнинг юзасида антиген-антитана таъсири юзага келиши натижасида ажралиб чиқади.

Ушбу реакцияларнинг олдини олиш ва даволашда антигистамин препаратларидан фойдаланилади: санорин, пиполфен, димедрол, глюкокортикоидлар ва бошқалар.

ТЕМИР ТАНКИСЛИГИ КАМКОНЛИГИ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА МАЛЬТОФЕР СИРОПИНИ АСКОРБИН КИСЛОТАСИ БИЛАН БИРГА ҚўЛЛаниши

Латилов Р.Ж. Умумий хирургия 2 курс магистри
Илмий раҳбар: Абдуллаева Д.А Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Темир танкислигини камқонлигини даволашда ҳозирги замон гематологияси анча ютуқларга эришганлигига карамай, темир танкислиги камқонлигини даволаш эффективлиги енгил ва ўртача огир шакларини ўсиш суръатини ортиши бу касаликни даволашни такомиллаштиришни талаб этади. Ушбу касалликларда меъда ичак трактини ферментатив фаолиятини стимуллаш темир танкислиги камқонлигини даволаш эффектив усулларида бири бўлиши мумкин.

Мақсади: Темир танкислиги камқонлигини даволашда Мальтофер билан биргаликда аскорбин кислотасини қўллаш эффективлигини 5 ёш-гача булган, 50 та темир танкислиги билан касалланган болалар текширилди.

Материаллар ва тадқиқотлар усуллари. Барча беморларда темир танкислиги камқонлигини гемоглобин миқдори 100г/л паст, эпителиал, астеноневротик, маҳаллий иммунитет пасайиши синдромлари кузатилган: беморларни 15тасига факат Тотема берилди қолган 35 тасига Мальтофер сиропи 2% аскорбин кислотаси эритмаси 2,5мл дан ичирилди.Жами муолажалар10 кунни ташкил этди. Барча беморларга Мальтофер сиропи ёшига мос равишда 10 мг/кг дан кунлик дозани ташкил этган ҳолда тавсия этилган.

Тадқиқот натижаси. Мальтофер сиропи ва аскорбин кислотаси 2 % эритмаси қўлланилганда ноҳўя таъсирлар кузатилмаган. Мальтофер сиропи 2% аскорбин кислотасини биргаликда энтерал йўл билан қўлланилган 35та беморда кон кўрсаткичини даволашни 5-7 кун ижобий ўзгаришларига олиб келиб, беморларда тери ва шиллик пардаларни рангпарлиги, терини қуруқлиги ва терини тулаши, тирноқлар ва сочлар дистрофияси, анорексия, ангуляр стамотит белгилари астеноневротик ва эпителиал синдромлари факат тотема қўлланилган гуруҳга нисбатан эртарок ижобий ўзгаришлар кузатилди.

Хулоса: Шундай қилиб меъда ичак тракти ферментатив фаолиятини стимуллаш болаларда темирни меъда ичак трактида сўрилишини фаоллаштиришига олиб келиб темир танкислиги камқонлиги белгиларини эртарок барҳам топилишга олиб келади.

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ПАКРИАТИТНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Латилов Р.Ж. Умумий хирургия 2 курс магистри
Илмий раҳбар: Д.А. Абдуллаева Педиатрия кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Панкреатитни комплекс консерватив даволашда ҳисобга олиш керак:

Мақсади.-Касалликни авж олиш даврида болалар касалхоналарда даволаниши керак, у ерда безга максимал функционал тинчлик ва аёвчи тартиб белгиланади, бу эса физик, асаб-рухий ва“овкатли” тинчлик, ҳамда панкреатик секретни дорилар билан трстатилади.Овкатли тинчликда овкат берилмайди, беморга1 -2 кун очлик пархези тайинланади, кейинчалик овкат миқдори ва тури секин аста қўшилади, 8-10 кунда №5 П(аёвчи панкретик) столга утилади. Очлик даврида болага қўп миқдорда ичимлик, минерал ишқорий сув берилади.

Материаллар ва тадқиқотлар усуллари: Даво овкатланиш маҳсулотларига тенглаштирилган аралашмалар энтерал овкатлантириш учун сут оксили асосида(одатда, лактозасиз) ёки сое оксилини қўшилади.

Диета №5 П юкори оксил тутувчи, нисбатан ёғ ва углеводлар чегараланиши, механик,кимёвий ишланган овкат, шарбат ва ўт ажратувчи хусусиятли (мева, пиширилмаган сабзотлар кўринишида, шарбатлар,

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

шакар, киёмлар, джем, енгил хазм бўладган ёғлар,кўп кайнатилган шўрва, ўткир ва нордон махсулотлар) махсулотлар бирданига чегараланади. Протеолитик фермент (тухум оксили, сўли дони, дукакдилар, сое, картошка) ингибиторларини тутувчи протеаз активлигини йукотадиган махсулотлар кенг қўлланилади. Овкат махсулоти дудланган ёки пиширилган кўринишда, илик, суюк ва яримсуюк консистенцияли тайёрланади. Овкатланиш режими кам- камдан 6 марта кунига. Пархез 6 ойдан12 ойгача ва анча узок муддатга берилади.

Медикаментоз терапия. Ўткир даврида асосан оғрик синдромини йўқотишга катта аҳамият берилади. Холпно- ва спазмолитиклар, анальгетиклар, гистамин рецепторлар и Но-блокаторлари, протон помпа ингибитори, антацидлар, фермент ва антифермент препаратлари ишлатилади, бу ўз навбатида ички йўллардаги босимни пасайишига, Одди сфинктери спазмини йўқотишда, панкреатик шарбатни ва ўтни ун иккибармокли ичакга ўтишига ёрдам беради.Меъда секрециясини пасайтириш максатида хозирги замон антисекретор моддалар: H2- гистамин рецепторлари селектив блокаторлари- зантак(ранитидин), фамотидин(гастрозидин, квамател, ульфамид), низатидин(аксид); протон помпа ингибитори- омепразол(лосек, омез, лансопрозол). Бу препаратлар кунига1-2 марта ёки1 марталик кечкурун2-3 хафтага берилади.М- холинолитик хусусиятга эга ва панкреатик секрецияни пасайтирувчи: атропин, платифиллин, метацин ва бошқа медикаментоз препаратлар Тиббиётнинг долзаб муаммолари қўлланилади.Трипсин кимёвий ингибиторлари- пентоксил, метилурацил, фонурит, аминокaproновая кислота ишлатиш мумкин. Препаратлар дозаси: пентоксил- 0,02-0,05-0,1 3 марта кунига7-10 кунга; аминокaproновая кислота- 2-3 гр. кунига10-12 кунга; метилурацил - 0,1-0,25-0,5 2-3 марта кунига 3-4 хафта.

Тадқиқот натижаси Панкреатит давоснда регулятор пептидлар- эндоген соматостатин аналогли: сандостатин, октеоприд- меъда ости беэи ва ичак экзокрин ва эндокрин секрецияси гуморал ингибиторлари ишлатилади.Улар хар хил генезли меъда-ичакдан кон кетишида хам самарали. Октеоприд меъда ости беэи, жигар, ингичка ичак секрециясини кўринарли пасайтиради, хазм килиш тизими моторикасини ингибирлайди, ички йўллар гипертензиясини камайтиради, биологик актив моддалар секрециясини(секретин, панкреозимии, соляи кислоталар, пепсин) босади. Октеоприд билан даволаш давомийлиги 14 кундан ошмаслиги керак, мактабгача ёшдаги болалар учун бир кунлик доза 25-50 мкг,мактаб ёшидагиларга- 75-100 мкг2-3- марта кунига, препарат вена ичига ёки тери остига юборилади. Интоксикацияни камайтириш, алмашинув бузилиш жараёнларини йукотиш, организмдан метаболит ва овкат аллергенларини, токсик махсулотларни ва бошқа агрессив моддаларни. элиминацияси учун глюкоза инсулин билан бирга, изотоник эритма, [вена ичига томчилаб юборилади

Хулоса: Хулоса килиб шуни айтиш керакки сурункали панкреатитни даволашда диетага катта аҳамият бериш керак.

МАЪНАВИЙ КОМИЛЛИК ВА ИНСОН ҚАЛБИГА ЙЎЛ

Мадаминаова Зебинисо -Андижон давлат университети талабаси

Илмий раҳбар: Одилова Н.М. –Улугнор тумани 20-умумий ўрта

таълим мактаби бошлангич синф ўқитувчиси

Хозирги кунда олиб борилаётган бозор иқтисодиётига ўтишдек мураккаб ислохотлар даврида ёш авлодни маънавий баркамол қилиб тарбиялашда, уларнинг зиммасига нечоғлик масъулиятли вазифалар юкланаётганлигини тасаввур қилиш қийин эмас. Чунки айнан улар, юқори суръатларда ривожланаётган глобализация жараёнларининг миллий менталитетимизга хавфли бўлган кўринишларидан биз ёшларни огоҳ этиб, жонкуярлик билан тўғри йўл кўрсатмоқдалар. Шунинг учун хам мамлакатимиз раҳбарияти томонидан уларнинг масъулиятли меҳнатлари муносиб тақдирланиб, 1-октябрнинг "Ўқитувчилар ва мураббийлар куни" қилиб белгиланиши ва бу кун умумхалқ байрами сифатида нишонланишида чуқур рамзий маъно бор. Бутунги кунда мамлакатимиз тараққиётининг эртанги умидлари ҳисобланган ёш авлодни тўғри тарбиялаб, уларда тўғри дунёкарашни шакллантириш ишида камарбаста инсонлар, касб эгалари дам анчагина. Жумладан, эндигона улғайиб келаётган авлоднинг мурғак ва маъсума қалбини тўғри йўлга солишда болалар адабиётининг ва бу соҳада тиним билмай ишлаётган ижодкорларнинг меҳнатини эслаб ўтишни жоиз деб биламан. Халқимизнинг бой оғзаки ижоди, Алпомиш ва Гўруғли сингари тарбиявий аҳамияти катта бўлган дostonлари ёки болалар адабиёти намояндаларининг асарлари турганда, ёш укаларимиз, сингилларимизнинг оммавий маданият таъсирида кириб келган чет эл мултьфильмларининг баъзи бир ноўрин лавҳаларини ҳеч тортинмасдан томоша қилиб ўтиришлари анчайин ачинарли ҳол, албатта.

Янги ислохотлар олиб борилаётган ва бу ислохотлар замирида кўрилаётган янги жамиятнинг эртанги умиди ҳисобланиш ёш oilаларимизга маънавий ва моддий ёрдам кўрсатишда маҳалланинг ўрни беқиёсдир. Чунки хар бир oilа ва хонадоннинг дарду ҳасратидан, иссиғ-у совуғидан, аввало, маҳалла хабардор бўлади. Мухтож oilаларга маънавий ва моддий ёрдамлар кўрсатади. Маҳалла ҳудудида олиб бориладиган ободонлаштириш ва кўкаламзорлаштириш ишлари, халқимизнинг азалий қадриятларидан бири ҳисобланган ҳашар йиғинларини уюштириб, амалий ишлар олиб боради.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ТАЛАБАЛАРДА БИЛИМ, КЎНИКМЛАРНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА МУДУЛ ТИЗИМИНИНГ ТУТГАН ЎРНИ

Мадаминаова З.Ш. АДУ Мактабгача таълим йўналиши 2-босқич талабаси

Илмий раҳбар: Саттаров Акрам Мадаминович - АДТИ Ижтимоий – гуманитар фанлар кафедраси катта ўқитувчиси

Маълумки, педагогик тизимнинг самарадорлиги унинг мақсад вазифаларини тўлиқ амалга оширишга боғлиқ. Ўқувчиларни фаоллаштириш орқали ўз меҳнати эвазига билим олиш, ижодли фикрлашга «ўзгалар фикрини эшитиш ва ўз фикрларини мантиқий жиҳатдан баён этишга йўналтирилади.

Модулли ўқитиш - ўқитишнинг истикболли тизимларидан бири ҳисобланади, чунки у таълим олувчиларнинг билим имкониятларини ва ижодий қобилиятларини ривожлантириш тизимига энг яхши мослашгандир. Анъанавий таълимда ўқув мақсадлари педагог фаолияти орқали ифодаланган, яъни билим беришга йўналтирилган бўлса, модулли ўқитишда таълим олувчилар фаолияти орқали ифодаланиб, касбий фаолиятга йўналтирилган бўлади. Модулли таълим технологиялари асосида модули дастур туради. Модул дастурлари ўзида мавзунинг илмий, тарбиявий ва ривожлантирувчи мақсадидан келиб чиқадиган дидактик мақсадни, ўқувчилар дарс давомида бажарадиган топшириқларни, мазкур топшириқларни бажариш бўйича берилган кўрсатмаларни мужассамлаштиради. Модулли дастурлар ўқитувчи томонидан тузилиб, унда модулнинг дидактик мақсадлари, мавзуни ўрганиш босқичлари, ўқувчилар томонидан бажариладиган ўқув фаолияти элементлари, ўқувчилар билимларини назорат қилиш йўллари кетма-кет ёзилади.

Янги мавзу эълон қилинади ва доскага сана билан мавзунинг сарлавҳаси ёзиб қўйилади. Ўқитувчи мавзуга доир тузган дарс модулини гуруҳларга тақдим этилади. Дарс модули билан қандай ишлаш кераклиги ўқувчиларга тушунтирилади.

Ўқувчиларда билим, кўникмаларни шакллантиришда методик усуллар ўқитувчи ва ўқувчилар назарий ҳамда амалий билиш фаолиятининг таълимий вазифаларини бажаришга қаратилган йўлдир.

ЁШЛАР ТАЪЛИМ -ТАРБИЯСИДА АХБОРОТ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ТУТГАН ЎРНИ

АДУ Мактабгача таълим йўналиши 2-босқич талабаси Мадаминаова З.Ш.

АДТИ Ижтимоий – гуманитар фанлар кафедраси катта ўқитувчиси Саттаров Акрам Мадаминович

Фан, техника ва технологиялар тараққиётининг бугунги даражаси билан бўлажак ўқитувчиларнинг касбий тайёргарлигини такомиллаштириш жараёни орасидаги мавжуд номувофикликни бартараф этиш зарурати олий педагогик таълим тизимида замонавий педагогик ва ахборот технологияларининг етарли жорий этилмаганлиги сабабли янада юқори долзарблик касб этмоқда.

Ҳозирги кунда таълим соҳасида ўқитишни компьютерлаштиришга катта эътибор берилмоқда, чунки замонавий ўқитиш технологияларидан дарс жараёнида фойдаланиш катта ижобий натижалар беради. Ўқитишни компьютерлаштириш (ахборотлаштириш) ёки ахборот технологияларидан фойдаланиш дастурига қуйидагиларни киритиш мумкин:

- таълим тизимининг барча поғоналарида ахборотлаштиришни етакчи бўғинлигини таъминлаш;
- барча соҳалар бўйича билим беришда ахборотлаштиришни ривожлантиришни лойиҳалаш ва яратиш (мониторинг);
- ахборотлаштириш соҳаларида меъёрий базаларни яратиш (илмий-методик бирлашмалар ва ҳ.к.);
- техник таъминот — компьютерлар, ахборот технологиясининг бошқа қурилмалари, уларга хизмат кўрсатиш учун керакли материалларни яратиш;
- телекоммуникация тармоқлари;
- таъминот ресурслари (дастурий таъминот, интернетдаги ахборотлар мажмуи, маълумотномалар ва ҳ. к.).

Таълим тизимида ахборот технологиялари ва компьютер коммуникация восталарининг жадал қўлланиши ҳозирги давр талабларидан биридир. Бугунги мустақил демократлаштирилган дарсларда ахборот технологияларини жорий этишнинг ўзига хос йўллари бир қатор ўқув қўлланмаларда хусусан Республикаимизнинг бир қатор қонунлари, Президент фармонлари ва Вазирлар Маҳкамасининг қарорларида ҳам ўз аксини топган.

Ўқувчиларга мавзуни тушунтиришда ахборот воситалардан фойдаланиш замонавий педагогиканинг энг ката ютуқларидан бири ҳисобланади. Чунки дарс ўтишда техник электрон воситалар ёрдамида кўргазмали қуроқлар — слайдлардан фойдаланиш ўқитувчини дарс ўтишдаги вақтини тежаш билан биргаликда ўқувчиларга мавзу моҳияти ва руҳиятини етказиш, сингдиришда, уларга ўтилаётган мавзуни янада ойдинроқ ифода этишга ёрдам беради.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

САБЗАВОТ ВА ПОЛИЗ МАҲСУЛОТЛАРИНИНГ БИОЛОГИК ҚИЙМАТИНИ БАҲОЛАШ УСЛУБЛАРИ

Маликов З.М.-тиббий профилактика факультети 3-босқич талабаси
Илмий раҳбар: Файзибоев П.Н.-Умумий гигиена ва экология кафедраси Доцент
Самарқанд давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Маҳсулотларнинг айрим кимёвий таркиб кўрсаткичлари ҳамда уларнинг интеграл скор бўйича сифатини баҳолаш натижаларига боғлиқ ҳолда овқатли модданинг тирик организмга таъсир кўрсатиш самарасини баҳолашга оид мазкур мезонлар, маҳсулотларнинг ишлаб чиқарилиши, етиштирилиши, ташилиши ва сақланиш шароитларига барқарорлигини таърифлай олиш.

Мавзунинг мақсади: Маҳсулотларнинг «Биологик қийматларини баҳолаш»нинг бир неча услублари мавжуд [127]. Оксилли маҳсулотларда «Оксилларнинг биологик қиймати баҳолаш», ёғларда «Ёғ кислоталари биологик қиймати баҳолаш» ва «маҳсу-лотлар ҳамда рационларнинг умумий биологик қийматлари»ни баҳолаш услублари мавжуд [115, 127]. Оксилларнинг биологик қиймати ҳайвонларда ёки пашшаларда [127] оксилни ҳазм қилиш жараёнларини экспери-ментал баҳолаш ёки стандарт оксил сифатида қабул қилинган тухум оксили билан таққослаш услублари мавжуд. Кейинги йилларда яратилган адабиётларда рационларнинг ва маҳсулотларнинг биологик қиймати инсон организмнинг биологик фаол моддаларга бўлган кунлик эҳтиёжини қондириш хусусиятини фоизларда баҳолаш қабул қилинган [127, 182].

Материаллар ва тадқиқодлар усуллари: Гигиенистлар томонидан таклиф этилган бундай услуб [127, 115] баҳоланадиган маҳсулотнинг биологик қийматларини организмнинг физиологик эҳтиёжларига мос эканлигини фоизларда ҳисоблаш ва баҳолашга асосланган бўлиб, энг объектив ва ҳаммабоп усул ҳисобланади. Маҳсулотларнинг айрим кимёвий таркиб кўрсаткичлари ҳамда уларнинг интеграл скор бўйича сифатини баҳолаш натижаларига боғлиқ ҳолда овқатли модданинг тирик организмга таъсир кўрсатиш самарасини баҳолашга оид мазкур мезонлар, маҳсулотларнинг ишлаб чиқарилиши, етиштирилиши, ташилиши ва сақланиш шароитларига барқарорлигини таърифлай олиш керак. Маҳсулотларни текшириш материаллари бўлиб, суғориш ҳавзаларининг гигиеник кўрсаткичлари, етиштирилган сабзавот ва полиз маҳсулотларининг гигиеник кўрсаткичлари ва уларни сақлаш ва та-шиш жараёнларидаги озукавий ва биологик қийматлари хизмат қилди. Қўйилган вазибаларни бажаришда гигиеник, тиббий-биологик, кимёвий, статистик усуллардан фойдаланилади

Тадқиқод натижаси: Сабзавот ва полиз маҳсулотларининг сифатини баҳолаш натижаларига боғлиқ ҳолда овқатли модданинг тирик организмга таъсир кўрсатиш самарасини баҳолашга оид мазкур мезонлар, юзага келган вазиятни таҳлил қилиш шундан далолат берадики, муаммонинг умумийлиги ва уни ҳал қилиш учун услубий ёндашишларнинг бир-бирига яқинлиги овқатли гигиена, эпидемиология ва қандолат ишлаб чиқариш саноатидаги мутахассисларнинг бундай усулларни ишлаб чиқиш, апробациядан ўтказиш ва амалиётда қўллашга қаратилган ҳаракатларини биргаликда олиб бориш лозимлигини талаб қилади.

Хулоса: Озиқ-овқат маҳсулотларининг асосий компонентлари - витаминлар, алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталар, биомикроэлементлар, медиатор ва гормонларнинг сифатини биологик баҳолашдир.

НОТРАВМАТИК МИЯ ИЧИ ҚОН ҚЎЙИЛИШЛАРНИ ЖАРРОХЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ ТАЖРИБАСИ

А.Б. Мамадалиев – травматология, ортопедия ванейрожаррохлик кафедраси ассистенти
Хурсанов А.А. – магистратура 2 босқич талабаси

Илмий раҳбар: профессор Кариев Г.М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Муаммо долзарблиги. Бош миё қон айланишининг ўткир бузилиши (БМҚАЎБ) летал ҳолатларга олиб келувчи кенг тарқалган патологиялар қаторига киради. Геморрагик инсульт (ГИ) гипертония касаллигини бир натижаси бўлиб, ушбу ҳасталикни яқунловчи этапи ҳам ҳисобланади. Бош миё қон айланишини ўткир бузилишлари туркумида ГИ учраши тахминан 4-27% ни ташкил этади. ГИ да ўлим кўрсаткичи ҳатто адекват даволаш тактикасида ҳам 40-50%, ногиронлашиш 70-80%ни ташкил этади.

Тадқиқот мақсади–вилоят шошилини тиббиёт маркази шароитидан отравматик миё ичи қон қуйилишлари очик транскортикал жаррохлик йўли билан даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. 2016-2020 йиллар оралиғида Республика шошилини тиббий ёрдам илмий-маркази Андижон филиалида “Бош миё қон айланишини геморрагик ипда бузилиши. Миё ичи инсульт-гематомаси” ташхиси билан неврология ва нейрореанимация бўлимига госпитализация этилган ва кейинчалик жаррохлик амалиёти ўтказилган 31 нафар бемор маълумотлари таҳлил этилди. Беморлар ёши 21-68 ёшни ташкил этди. Жинс бўйича тақсим этилганда эркеклар 24 (77,4%), аёллар – 7 (22,6%) нафарни ташкил этган. Анамнезидан 27 (87%) нафар беморда гипертония касаллиги кузатилган.

Натижалар. Микрохирургик ва оптик техника ёрдамида 31 нафар беморда миё ичи нотравматик гематомасини олиб ташлаш ташрихи ўтказилган. Битта беморда ташрихдан кейинги учинчи кунда қайта қон

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

куйилиши ташхисланган. Олиб ташланган гематомалар хажми ўртача 20-90 мл ташкил этган. Ташрихдан кейинги даврда беморларга мутаносиб гемостатик (1 сутка), шишга қарши, ноотропванејростимуляцион терапия ўтказилган. Кейинги даволаш муолажалари йўқотилган функциялани тиклаш ва реабилитацияга қаратилган. Glasgo Outcome Scale бўйича яхши натижалар 6 (19,4%), қониқарли – 21 (67,7%), қониқарсиз (ўлим ёки вегетатив ҳолат) 4 (19,4%) нафар беморларда кузатилган.

Хулосалар:

1. Катта хажмли нотравматик мия ичи гематомаларни жаррохлик йўли билан даволаш ҳуши бузилиши комагача бўлган, хамроҳ оғир соматик касалликлар кузатилмаган беморларда самарали натижа беради.
2. Кома ҳолатидаги беморларда ташрих йўли билан даволашда ўлим ҳолати кўп учраши (66,6% гача) натижасида ушбу даволаш усули самарасипаст деб баҳоланди.

ИНДОМЕТАЦИН КЕЛТИРИБ ЧИҚАРГАН МЕЪДА ЯРАСИДА ЛЕСБОХОЛ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИНИ ҚўЛЛАНИЛИШИ

Мамадалиев Ш.И. - фармакология, клиник фармакология ва тиббиёт биотехнологиялари кафедраси ассистенти

Илмий раҳбари: Махмудова К.А., Ризакова Д.П. - фармакология, клиник фармакология ва тиббиёт биотехнологиялари кафедраси ассистенти
Андижон Давлат тиббиёт институти

Муаммонинг долзарблиги. Статистик маълумотга қараганда яра касаллиги билан тахминан 5-10% аҳоли хасталанган. Ҳозирги кунда меъда ва ўниккибармоқ ичак яра касалликлари аҳоли орасида кенг тарқалган бўлиб, яра касаллиги патогенезида маҳаллий «ҳимоя» ва «агрессив» омиллар ўртасида мувозанатнинг бузилиши, «агрессив» омиллар устунлиги ва «ҳимоя» омилларининг сусайиши сифатида қаралади. «Агрессив» омиллар ностероид яллиғланишга қарши воситаларини кўп қўллаш, юқори стресс таъсирида юриш, инфекцион омил - Н. Pylori ва бошқалар. Яра касаллиги билан касланган бемор етарлича ва эффиктив даволаниш курсини олмаслиги рецидив ҳолатлар 60-100 % гача такрорланиши мумкин. Шуни такидлаш жоизки, меъда яра касаликлари келиб чиқишида ностероид яллиғланишга қарши воситаларни ҳам улуши катта қисмни ташкил этади. Улар простагландинлар синтезини блоклаши ҳисобига меъда шиллиқни таъсирларга сезувчан қилиб қўяди яни меъдани химоя қобиғи йўқолиши ҳисобига. Шуни ҳисобга олган ҳолда яра касаллигини даволовчи ножўя таъсирлари нисбатан кам, иқтисодий жиҳатдан арзон маҳаллий дори воситалари яратиш асосий вазифалардан бири ҳисобланади. Лесбохол 4 хил ўсимликдан ташкил топган қуруқ экстракт бўлиб: ширин мия (*Glycyrrhiza glabra* L.), далачай (*Hypericum perforatum*), бандли кийикути (*Ziziphora pedicellata* Pazij), йирикбаргли алкорўти (*Mediasia macrophylla* Regel). Адабиётларда аниқланишича Лесбохолни ярага қарши ва яра битишини тезлашлатириш эффекти ширинмия таркибидаги глицерин кислотаси билан боғлиқ экан.

Тадқиқот усуллари. Тажрибадаги каламушлар 3 та гуруҳга ҳар бир гуруҳ 6 тадан бўлиб, вазни 160-200 г гача бўлган хайвонлар танлаб олинади. Биринчи гуруҳ назорат гуруҳи бўлиб, бу гуруҳга 16 соат оч қолдирилади декапитациядан 3 соат олдин ўз тана массасига мос равишда дистилланган сув ва индометацин 60 мг/кг миқдорда юборилади. 2- гуруҳ каламушлари тажриба гуруҳидаги каламушлари бўлиб, 2-гуруҳ тажриба хайвонлари 16 соат оч қолдирилади, декапитациядан 3 соат олдин ўз тана массасига мос равишда Лесбохол қуруқ экстрактини 50 мг/кг, индометацин эса 60 мг/кг миқдорда перорал юборилади. 3- гуруҳ каламушлари таққослов гуруҳи бўлиб, 3-гуруҳ тажриба хайвонлари 16 соат оч қолдирилади, декапитациядан 3 соат олдин ўз тана массасига мос равишда глицерам 75 мг/кг, индометацин эса 60 мг/кг миқдорда перорал юборилади. Олинган натижалар Стъудент мезонни орқали статистик таҳлил қилинди.

Натижалар. Каламушлар наркоз ҳолатида декапитация қилинади ва меъда шиллиқ қаватидаги яралар қоғозли чизгичларда ўлчанади. Меъдада 3 турдаги майда нуктали яраллар, катта яралар ва узунчок бокалсимон яраларни кўриш мумкин. Индометацин билан чақирилган ярада 1-гуруҳда умумий яралар сони $29,5 \pm 1,18$. 2-гуруҳ лесбохол билан даволанган гуруҳда умумий яралар сони $17,5 \pm 0,5$. 3-гуруҳ глицерам билан таққосланган гуруҳда умумий яралар сони $21,7 \pm 0,6$. Натижалар шуни кўрсатмоқдаки Лесбохол билан даволанаган гуруҳда яралар сони назорат гуруҳига нисбатан 2 маротаба, таққослов гуруҳига нисбатан 1,5 маротаба кам учрамоқда.

Хулоса. Тажриба шуни кўрсатдики лесбохол қуруқ экстракти индометацин билан чақирилган яраларни битишини тезлаштирар экан. Узоқ муддат ностероид яллиғланишга қарши воситалар қабул қилувчи беморларга ножўя таъсирлардан ҳоли, иқтисодий жиҳатдан таннархи арзон, маҳаллий дори воситаси сифатида лесбохолни қўллашга тавсия қилиш мумкин.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

ТЕМИР ТАНКИСЛИГИ КАМКОНЛИГИ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ФЕРУМ ЛЕК ПРЕПАРАТИНИ АСКОРБИН КИСЛОТАСИ БИЛАН БИРГА ҚЎЛЛАНИШИ

Мамасидиқова Ф.Б.-Андижон давлат университети 3курс талабаси

Умарова М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Темир танқислиги камқонлигини даволашда ҳозирги замон гематологияси анча ютуқларга эришганлигига қарамай, темир танқислиги камқонлигини даволаш эффективлиги енгил ва ўртача оғир шакллари ўсиш суръатини ортиши бу касалликни даволашни такомиллаштиришни талаб этади. Ушбу кассалликларда меъда-ичак трактини ферментатив фаолиятини стимуллаш темир танқислиги камқонлигини даволаш эффектив усулларида бири булиши мумкин.

Мақсад. Ушбу ишнинг мақсади темир танқислиги камқонлигини даволашда Ферум Лек билан биргаликда аскорбин кислотасини қўллаш эффективлигини аниқлаш.

Натижалар. Темир танқислиги камқонлигини даволашда Ферум Лек билан биргаликда аскорбин кислотасини қўллаш эффективлигини 9 ёшдан 15 ёшгача бўлган 50 та темир танқислиги билан касалланган беморлар текширилди. Барча беморларда темир танқислиги камқонлигини гемоглобин миқдори 100г/л дан паст, эпителиал, астеноневротик, маҳаллий иммунитет пасайиши синдромлари кузатилган беморларни 25 тасига факат Ферум Лек берилди, қолган 25 тасига Феррум Лек препарати 2% ли аскорбин кислотаси эритмаси билан қўлланган. Жами муолажалар 10 кунни ташкил этди. Барча беморларга Ферум Лек препарати ёшига мос равишда 5 мг/кг дан кунлик дозани ташкил этган ҳолда тавсия этилган. Ферум Лек препарати ва аскорбин кислотаси 2% эритмаси қўлланилганда ноҳужа таъсирлар кузатилмаган. Ферум Лек билан 2% аскорбин кислотасини биргаликда энтерал йул билан қўлланилган 25 та беморда қўрсаткичини даволашни 6-7 кун ижобий ўзгаришларига олиб келиб, беморларда терини ва шиллик пардаларни рангпарлиги, терини қуруқлиги ва терини тулаши, тирноқлар ва сочлар дистрофияси, анорексия, ангуляр стоматит белгилари астеноневротик ва эпителиал синдромлари факат Ферум Лек қўлланилган гуруҳга нисбатан эртароқ ижобий ўзгаришлар кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, темир танқислиги камқонлигини даволашда Ферум Лек билан биргаликда аскорбин кислотасини қўлланилганда темир танқислиги камқонлигини белгиларини эртароқ барҳам топилишига олиб келади.

БОЛАЛАРДА ВИТАМИН ДНИ ҚЎЛЛАШ ВА УНИ ОРТИБ КЕТИШНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Умарова М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Кўпинча витамин Д ортиб кетиши уни кўп миқдорда баъзан даволаш, баъзан профилактик мақсадда қўлланилгандан кейин келиб чиқади. Бу ҳолат кўпинча витамин Д ни 1000000ХБ ўтказганда содир бўлади, баъзан эса қисқа муддат 4-8 ҳафталик оралигида витамин-Д даволаш курси 4000-8000ХБ тавсия этилганда ҳам кузатилиши мумкин. Бу ҳолатларда ҳал қилувчи ролни организмга витамин Дни ортиқча сезувчанлигини ортиб кетиши ўйнайди. Гипервитаминоз-Д патогенезида витамин Дни ҳужайра мембранасига, модда алмашинувига, гиперкальциемия оқибатлари, миокардда, альвеолаларда, ошқозон деворларида, ичакларда, кальций тузларини чўкиши кузатилади. Клиник белгиларига кўра гипервитаминоз 3 хил даражаси фаркланади.

1- Енгил даража. Токсикоз кузатилмайди, иштахаси пасайган, кўп терлаш, таъсирчанлик, уйку бузилиши, оғирлик қўшилиши ёки камайиши, кальцийни сийдик билан ажралишини қўпайиши кузатилади. Сулькович синамаси ижобий.

2- Ўртача даражаси. Ўртача токсикоз, иштаха камайиши, қусиш, оғирлик қўшилиши, гиперкальциемия, гипомагниемия, гипофосфатемия, гиперцитремия кузатилади. Сульович синамаси кескин ижобий.

3- Оғир даражаси. Кучли токсикоз, тўхтовсиз қусиш, кам миқдорда оғирлик йукотилиши, асоратлар қўшилиши, биохимик қўрсаткичларни кескин ўзгариши.

Мақсад. Болаларда учраши мумкин бўлган гипервитаминоз Д ни сабабларини ва клиник белгиларини ўрганиш ҳамда уни профилактикасини ишлаб чиқиш.

Натижалар. Кузатувимизда бўлган ва рахит касаллигини 1-2 даражалари билан витамин Д билан даволанаётган 68 та бемор бўлиб, уларни зардобиди кальций миқдори аниқланди ва уларда гипервитаминоз Д ни биринчи белгилари яъни, иштахани камайиши, қусиш, оғирлик камайиши ва 2 ҳафтада 1 марта Сулькович синамаси аниқланди. Гипервитаминоз Д ни биринчи белгиси кузатилиши биланок дарҳол витамин Д тухтатилди ва витамин А тавсия этилди.

Хулоса. Шундай қилиб, витамин Дни ортиб кетишини профилактикасини ўз вақтида ташкил этилиши бола организмда кечадиган қайтмас функционал баъзан органик ўзгаришларни олдини олади. Иложи борица бола ҳолатига албатта жуда катта эътибор бериш керак.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

БРОНХО-ОБСТРУКТИВ СИНДРОМ КУЗАТИЛГАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШДА ВИРУСГА ҚАРШИ ПРЕПАРАТЛАР САМАРАДОРЛИГИ

Мамасидикова Ф.Б. 3-курс АДУ талабаси.

Тўрақулова Х.Э.

Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Болалар касалликлари орасида нафас йўллари патологияси етакчи ўринни эгаллайди. 25-31% болаларда нафас йўлларида инфекциялари обструктив бронхит клиникаси кўринишида учрайди ва 30-50% ҳолларда улар чўзилган, тўлқинли ёки қайталанувчи кўринишда кечади. Шубиланбирга, обструктив бронхитнинг оғирлиги давомийлигини тахмин қилиш, рационал терапия ўтказиш ва касаллик қайталанishiнинг олдини олиш учун эрта этиологик фарқлаш зарур. Юқориги ва пастки нафас йўллари касалликларини тез-тез юктирадиган болаларнинг 70-80% да иммунитетини дахл қилувчи ҳолати, интерферон тизими ва фаготситоз билан боғлиқ ўзгаришлар юз беради.

Мақсад. Касаллик оқибатини яхшилаш ва даволаш учун болаларда бронхо-обструктив синдром шаклланишининг клиник хусусиятларини ўрганиш.

Натижалар. Бронхо-обструктив синдромни даволашда вирусга қарши препаратларни қўллаш эффективлигини 1-5 ёшгача бўлган, 50 нафар бронхообструктив синдром билан касалланган болалар текширилди. Барча беморларда нафас сонининг тезлашгани, экспиратор типдаги хансираш, аускультацияда ҳар хил калибдорли қуруқ ва нам хриллашлар, маҳаллий иммунитет пасайиши синдромлари кузатирилди. Беморларни 25 нафарига факат антибиотик терапия ўтказилди, қолган 25 нафарига антибиотиклар билан бирга вирусга қарши препаратлар берилди. Жаммуолажа 7 кунни ташкил этди. Барча беморларга препаратлар ёшига мос равишда таъсир этилди. Вирусга қарши препаратлар қўлланилганда ноўя таъсир кузатилмаган. Вирусга қарши препарат қўлланилган 25 нафар беморда даволашнинг 4-5 кунидан кейин умумий ҳолатда ижобий ўзгаришлар кузатилиб, йўтал, энтиқаш, хансираш, ҳолсизлик, безовталиқ, нафас етишмовчилиги белгиларини бартараф қилишда факат антибиотик терапия қўлланилган гуруҳга нисбатан эртароқ ижобий натижа кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, вирусга қарши препаратлар организмда ҳужайравий иммунитет алоқасини тиклаб, организм қурашувчанлигининг фаоллашишига, иммунитет кўтарилишига ва касалликнинг клиник белгиларини эртароқ бартараф бўлишига олиб келади.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ ВА ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИ МЕЗОНЛАРИ

Маматхужаев З.С. – магистратура талабаси

Илмий раҳбар: профессор Хужамбердиев М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. ЮИК – юракни ўтқир ва сурункали зарарланиши бўлиб, коронар томирлар касаллиги даврида миокардни қон билан таъминланишини камайиши ёки тўхташи билан кечади. Яъни миокардни кислородга бўлган эҳтиёжи ошиб боради. ЮИК формалари: стенокардия, миокард инфаркти, коронар синдромлар.

Тадқиқот мақсади. Ортиқча тана вазнига эга бўлган беморларда юрак ишемик касаллигини клиник кечишини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот учун ортиқча тана вазни бўлган юрак ишемик касаллигига чалинган беморларда касалликнинг кечиши тўғрисидаги адабиётлар ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. АСнинг келиб чиқиши эса бир-бирига таъсир ўтказиб турадиган бир қанча гемодинамик, нейрогуморал, метаболик ва бошқа омилларга боғлиқ бўлади. Гиперинсулинемия бир томондан компенсатор ҳолат бўлиб, ИРни енгиш ва глюкозани ҳужайрага нормал транспортини ушлаб туриш учун хизмат қилса, бошқа томондан патологик ҳолат бўлиб, метаболик, гемодинамик, органли бузилишлар ривожланиши ва ҚД II-тип, ЮИК, АГ, атеросклеротик кўринишлар ривожланишига олиб келувчи ҳолат ҳисобланади. Ҳозирги вақтда охириги ҳулосалар шуки, ИР ривожланишини механизми ва сабабларидан бири абдоминал семириш ҳисобланмоқда. Бунда марказий нерв системасини бузилиши, артериал девор функцияси ва структурасини бузилиши билан биргаликда кечади. 6800 та аутопсия қилинганда, 92% коронар артериялар сикилиши атеросклерози топирилган. АКШ, Европа мамлакатлари, ҳамда бизда атеросклероз билан коронар артериялар зарарланади. Япония, Мексика, Манголия, Эфиопия мамлакатларида эса атеросклероз билан мия артериялари зарарланади. Стенокардиянинг асосий сабабчиси кўп ҳолларда юрак тож артерияларининг атеросклерози ҳисобланади. Атеросклеротик пиллакчалар тож томир бўшлиғини торайишига сабаб бўлади ва жисмоний қучланиш вақтида, эмоционал кўзғалишда миокардда қон айланиши етишмовчилигига сабаб бўлади. Ривожланган атеросклерозда қон томир бўшлиғи 75% гача тораяди ва оғир бўлмаган жисмоний ҳаракатда ҳам стенокардия ҳуружи келиб чиқишига сабаб бўлади. Марказий Осиё мамлакатларида ЮИКларидан ўлим кўрсаткичлари Европа мамлакатларида 2,7 баробар, 65 ёшдан катта бўлган беморларда 4,6 баробар кўп. Ўзбекистонда 13% аҳоли ЮИКни турли хил

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

клиник шаклари билан касалланмокда, шу сабабли ЮИК ларини натижасида келиб чикадиган асоратлари билан курашиш муаммолари халигача долзарб муаммолигича колмокда. Факатгина Тошкентда 1-йил давомида 15000 ва ундан куп холатларда ЮИК ва унинг асоратлари кузатилади, шундан 60% холатларда госпитал боскичгача булган вақтларда вафот этади. ЮКТКларидаулим 90%, асосида атеросклероз ва артериал гипертония ётадиган ЮИК га ва мия инсультага тўғри келади. ЮИК ни эркакларда ёш ўтиб борган сари авж олиб бориши кузатилмокда. Россия кардиологлари томонидан олиб борилган илмий изланишлар натижасида шу нарса маълум бўлдики, юрак қон-томир касалликлари ижтимоий иктисодий таъминоти паст булган оилаларда таъминоти юқори бўлган оилаларга нисбатан кўп учраши аниқланди.

Хулоса. Хулоса қилиб айтганда, инсонларнинг ортиқча тана вазнига эга бўлиши юрак ишемик касаллигини келиб чиқишининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Бунга асосан артерия қон томирлар деворига липидларнинг жойлашиши ва миокарга кислород келишини камаши, яъни кислород оқимининг пасайиши сабаб бўлади.

ЮКТКДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИНИ АХАМИЯТИ

Маматхужаев З.С. – магистратура талабаси

Илмий раҳбар: профессор Хужамбердиев М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. ЮКТКда липидлар алмашинувини бузилиши сабабли юракни ўткир ва сурункали зарарланиши бўлиб, коронар томирларда касаллиги даврида миокардни қон билан таъминланишини камайиши ёки тўхташи юзага келади.

Одам қон плазмаси асосий липидлари бўлиб холестерин, триглицеридлар, фосфолипидлар ва триглицеридлар таркибидаги узун занжирли ёғ кислоталари, эссенциал холестерин ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. Ортиқча тана вазнига эга бўлган беморларда қондаги липопротеинларни ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот учун ортиқча тана вазни бўлган юрак ишемик касаллигига чалинган беморларда касаллиқнинг кечиши тўғрисидаги адабиётлар ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. Триглицеридлар уч атомли спиртларнинг учта юқори ёғ кислоталари билан ҳосил қилган мураккаб эфири ҳисобланади. ТГлар ёғ тўқималарига тўпланади ва энергия захиралари ҳисобланади, улар оғир жисмоний меҳнатда, озиқланиш етарли бўлмаганда парчаланади. Ёғ захираларидаги триглицеридлар парчаланиши махсус липазалар ёрдамида амалга ошади. Қон плазмасида ТГ лар жуда катта липопротеинли комплекслар ХМ ва ЛОНП лар таркибида бўлади. ХМ ва ЛОНПлар липолизи периферик ЛПЛ лар иштирокида амалга оширилади, улар молекулалари капиллярлар эндотелиysi билан боғланган бўлади. Нормада қон зардобиди ТГ лар миқдори оч қоринга 0.5 дан 2.0 ммоль/л эркаклар учун, аёллар учун эса 1.5ммоль/л гача бўлади, ТГ миқдори 1.7 ммоль/л дан ортиши юрак қон-томир касалликлари учун хавф омил ҳисобланади. Қондаги ТГ миқдори оўқатлангандан сўнг дастлабки 1 соат ичида энг юқори даражага этади.

Қон плазмасининг асосий фосфолипидлари бўлиб фосфатидилхолин (лецитин) ва сфингомиелин ҳисобланади. ФЛ лар қон плазмаси ва липопротеин комплекси гидрофоб ядроси орасида чегараловчи тўсик ҳосил қилади. ФЛ миқдори нормада қон плазмасида 2.3 – 3.0 ммоль/л атрофида бўлади.

Липидлар қон плазмасида юқори мураккаб комплекслар таркибида ташилади. Асосларий липопротеинлар уларнинг зичликлари, ўлчамлари, таркибига кирувчи апооксиллар ва липидларига кўра хиломикронлар ХМ, ўта паст зичликдаги липопротеинлар ЎПЗЛП, оралик зичликдаги липопротеинлар ОЗЛП, паст зичликдаги липопротеинлар ПЗЛП, юқори зичликдаги липопротеинлар ЮЗЛП гуруҳларига бўлинади.

Хулоса. Хулоса қилиб айтганда, . Дислипидемия ҳар хил подгруппадаги беморлар учун турли даражада аҳамиятлди бўлиши мумкин, бу беморларнинг генетик хусусиятлари ва ҳамроҳ касалликлари билан боғлиқ деб тушунирилади..

ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА ИММУН ТИЗИМНИ ЯЛЛИҒЛАНИШ РЕАКЦИЯЛАРИНИ АХАМИЯТИ

Маматхужаев З.С. – магистратура талабаси

Илмий раҳбар: профессор Хужамбердиев М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. МС критерияси бўйича ЮКТК хавфи адекватлиги, МС хавф хатар омиллар каторига кирмаслиги, замонавий талқини бўйича касаллик патогенезида атеротромбоз ва бошқа иккиламчи касалликлар муҳим аҳамиятга эга эканлиги.

Тадқиқот мақсади. Юрак қон томир касаллигига чалинган беморларда иммун тизимини ўрганиш.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот учун юрак кон томир касаллигига чалинган беморларда касалликнинг кечиши тўғрисидаги адабиётлар ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. Цитокинлар хужайра функцияси ва метаболизмини бошқаради, бир қатор цитокинлар хужайранинг режали ўлими-апоптозни танийди. Улар чақирилувчи эффектларнинг кўп хиллиги билан фарқланади [23,68]. Цитокинларга: интерферонлар, интерлейкинлар, ФНО, колоностимулловчи омиллар, ўсиш омиллари, нейропозтинлар, хемокинлар киради. Интерлейкинлар – лейкоцитлар ўртасидаги хужайралараро ўзаро таъсирларга жавоб берадигли медиаторлардир. 30 дан ортиқ ИЛ маълум. ИЛнинг асоси бошқа цитокинлар каби: 1. Улар биологик эффектининг юқори идентиклиги (ИЛ-2, -4, -7, -12, -15, -18); 2. Янги интерлейкинлар ИЛ-10 (ИЛ-19 – ИЛ-25) оиласи учун характерли бир ёки бошқа рецептор суббирликларининг ўзаро таъсири алоҳида цитокинлар гуруҳи фаолиятдир. ИЛ-1 эндотелиал хужайралар, ГМК ва макрофагларга ўхшаб яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. У лейкоцитларнинг эндотелийга адгезияси кучайиши ва кейинчалик томир девори орқали миграцияси йўли билан томир интимаси жарохатидан фойдаланилади. Локал ИЛ-1 цитокинларнинг ауто – ва паракрин стимуляцияси хисобига, бундан ташқари адгезив молекулалар экспрессияси стимуляцияси орқали яллиғланишни қўллаб туриши мумкин. ИЛ-1 β атерогенезнинг қатор механизмларида қатнашади: томир эндотелийсига лейкоцитлар адгезиясини оширадиувеличи, томир деворига яллиғланиш хужайралар инфильтрациясини чакиради, атерогенезни кучайтиради, ГМК пролиферациясини чакиради, эндотелийнинг прокоагулянт фаоллигини стимуллади ва липид метаболизмини кучайтириб, ИРни чуқурлаштиради. Тахминан у атеросклеротик пилакча жарохати фаолиятдир. ИЛ-1 металлопротеиназ матрикси синтезини кучайтиради ва атеросклетик пилакча қопқоғини дестабиллади ёрилишигача олиб келади. ИЛ-6 – яллиғланиш ўткир фазасига жавобни бошқаради. У яллиғланиш ўткир босқичидаги барча оксиллар: СРО, фибриноген, гаптоглобин, зардоб А амилоиди синтезини стимулловчи ягона цитокин хисобланади. ИЛ-6 коагуляция тизимига, эндотелий ва липидлар метаболизмига таъсир этиб ЮҚТГга ўз таъсирини реализациялаши мумкин. ИЛ-6, ИЛ-1 β ва ФНО- α орқали таъсир этади, энботелий дисфункциясини чакириб, ўткир коронар касалликлар потенциал триггери хисобланади. ИЛ-6 даражаси ИМТ билан, семириш билан боғланган МС ривожланиш хатари, ИР ва ГИ кучайиши ва чуқурлашиб бориши билан коррелляция қилинади. Одамларда МС билан ва ИЛ-6нинг юқори даражаси билан ўлим хатари сезиларли ортади. ИЛ-6нинг прогностик киммати уни МСда кекса одамлар ўлимининг предикатори деб аташда фойдаланилади. ИЛ-6 ва АБ эрталабки кўтарилиши ўртасидаги мусбат корреляцион боғлиқлик аниқланган. Бир қатор ишларда ИЛ-6 ортиш даражаси билан АБ кунлик профили кўрсаткичлари ўртасидаги боғлиқлик аниқланган. АГ беморларда АБ кунлик ритми бузилиши ва носпецифик яллиғланиш ўртасидаги ўзаро ишончли боғлиқлик бошланиши кўрсатилди. ИЛ-6 ёғ тўқима липопротеинлипазлари фаоллигини камайтиради, қонда липидлар даражасини ортишинда қатнашади. Бироз кечроқ ИЛ-1ни ФНО-ага қараганда, унинг ҳосил бўлиши ва шунинг учун цитокинларга алоқадор яллиғланиш реакциясининг якуний босқичини пасайтиради.

Хулоса. Шундай қилиб, САТ фақат иммун тизимга модулятор сифатида эмас, иммун тизимда ҳосил бўлувчи сигналлар нишони хисобланади. Иммун тизим функциясининг бузилишида нейроэндокрин баланс ва унинг ўзгаришлари белгиланади гипер ёки гипофаоллиги, ахборотнинг қабул қилиш вақти даражасига боғлиқ иммун жавобнинг ривожланиши Ка ривожига таъсир этади.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ ВА УНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

Маркабоев А.К. – ТПИ 519- гуруҳталабаси

*Махмудова Х.Т.-ФЖСТИ “Нормал ва топографик анатомия”
кафедраси ассистенти*

Мавзунинг долзарблиги. Қандли диабет бугун дунёда энг кенг тарқалган хасталиклардан бири бўлиб, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунёда қандли диабет билан хасталанганлар, унинг оқибатида меҳнат қобилиятини йўқотиб, бир умрга ногирон бўлиб қолаётганлар йилдан-йилга кўпайиб бормоқда.

Мавзунинг мақсади. Касалликни келтириб чиқарувчи омилларнинг таъсирини сурункали давом этиши ёки камҳаракатлилиқ, бетартиб равишда ва меъеридан ортиқ овқатланиш, юқори каллорияга эга бўлган озиқ моддаларнинг кўп истеъмол қилиниши, вазннинг оғирбўлиши ва семириш ҳолатлари, кучли эмоционал зўриқишлар ва бошқаларнинг кузатилиши.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Фаргона шаҳари бўйича 2019 йилдаги 9 ойлик малумотларга кўра, катталар, 18 ёш ва ундан юқори ёшдагиларнинг қандли диабет бўйича касалланиш кўрсаткичлари : Умумий касалланиш жами-3339, шундан аёллар-2364 нафар; бирламчи касалланиш жами -299 нафар, шундан аёллар-183 нафар; йил бошида жами-3047, шундан аёллар-2181 нафар; «Д» назоратига олинганлар жами 299, шундан аёллар-183 нафар; «Д» назоратида бўлганлар жами-60нафар, шундан аёллар-39; йил охиригача жами -3286, шундан аёллар-2325 нафарни ташкил этган.

Хулоса. Бу касалликка чалинмаслик учун киши соғлом турмуш тарзига қатъий риоя этиши лозим. Бемор эса ҳаёт тарзини ва овқатланиш тартибини тўғри ташкил қилиши керак бўлади. Юқори каллорияга эга бўлган ва ёғли овқатлардан, шунингдек, бугун кенг тарқалган тез тайёр бўладиган, ярим тайёр озиқ-

овқатлар истеъмолидан тийилиши лозим. Аммо сабзавот, мева ва кўкатларни кўпроқ истеъмол қилиш тавсия этилади. Мунтазам жисмоний ҳаракатда бўлиш ва уч маҳал овқатланишдан сўнг, 30-40 дақиқа давомда очиқ ҳавода юриш орқали қондаги қанд миқдорини меъёрий кўрсаткичда бўлишига эришиш мумкин. Қанд миқдорини пасайтирувчи дори воситалари мунтазам ва ўз вақтида қабул қилинса, бемор организмдаги қанд миқдори меъёрида бўлади, бундан ташқари ҳар куни оёқлар ванна қилингандан сўнгқўл оёқларни юмшатувчи мойлар, кремлар суртилади. Овқатланишда рухсат берилмаган овқат маҳсулотларини истеъмолдан тийилиш талаб қилинади, акс ҳолда қанд миқдори ошиб, қон-томирларига зиён етказади. Бу эса биринчи навбатда кўриш қобилияти пасайишига сабаб бўлади, шунингдек, буйрак, бош мия, юрак қон-томирларида вао ёқдаги йирик қон-томирларда салбий ўзгаришларни юзага келтиради. Натижада инсулт, миокард инфаркти каби оғир хасталиклар келиб чиқиши мумкин. Шундай экан, ҳеч бир инсон ўз саломатлигига бефарқ бўлмаслиги керак. Соғлом турмуш тарзига риоя қилинса, киши ҳар қандай хасталикдан йироқ бўлади.

Қандли диабет касаллигида организмда инсулин танқислиги ва моддалар алмашинуви бузилиши кузатилади. Бунда ошқозоноти беи ишлаб чиқарадиган инсулин, яъни қонда қанд моддасининг кўпайишига тўсқинлик қиладиган гормоннинг етишмаслиги ёки инсулинга бўлган тўқималар сезгирлигининг пасайиши натижасида ушбу касаллик келиб чиқади. Қондаги қанд миқдорининг сурункали меъёридан юқори кўрсаткичларда бўлиши касаллиқнинг юзага келганини билдиради.

— **Ушбу хасталиқнинг қандай турлари бор?**

— Касаллиқнинг бир неча тури бўлиб, энг кўп учрайдигани биринчи ва иккинчи туридир. Қандли диабетнинг биринчи тури ошқозон ости беи ишлаб чиқарадиган инсулин гормонининг етишмовчилиги натижасида келиб чиқиб, кўпинча болалар, ўсмирлар, 30-35 ёшгача бўлган кишилар орасида учрайди. Иккинчи турдаги қандли диабет эса асосан 30-35 ёшдан юқори бўлганларда кузатилади. Соғлом одам қонидаги қанд миқдори қорин оч ҳолатда таҳлил этилганда, 3,3 дан 5,5 миллимоль (қанд миқдорининг қон таркибидаги меъёрий нисбати), овқатлангач эса икки соат давомда аниқланганда 7,8 миллимольгача оралиқни ташкил этади.

«Диабет» сўзи биринчи бўлиб милодий I асрда яшаган қаппадокиялик (Қадимги Юнонистон) Аретаус томонидан қўлланилган. Ушбу ибора «ўтаман», «ўтиб кетаман» деган маъноларни ифодалайди. Агар кишининг қонидаги қанд миқдори юқори эканлиги қон таҳлилида бир неча бор аниқланса, қандли диабет ташхиси қўйилади.

— **Қандли диабетни келтириб чиқарувчи асосий омиллар нима? Хасталик белгиларини қандай аниқлаш мумкин?**

— Қандли диабетнинг биринчи тури вирусли инфекциялар орқали келиб чиқади. Шунингдек, мавсумий касалликлар — грипп, сувчечак, қизамиқ ҳам сабабчи бўлиши мумкин. Хасталиқнинг иккинчи тури эса асосан вазни оғир семиз кишиларда учрайди. Улар кам ҳаракатлилиқ, бетартиб равишда ва меъёридан ортик овқатланиши, юқори каллорияга эга бўлган озиқ моддаларни кўп истеъмол қилиши сабабли бундай касалликка чалинади.

Хасталик белгилари унинг турига қараб аниқланади. Биринчи тур қандли диабет жуда тез вақт оралиғида намоён бўлса, касаллиқнинг иккинчи тури бир неча ой ва бир неча йил оралиғида белги бериши мумкин. Биринчи тур қандли диабет жуда тез, яъни 3-4 кундан бир ҳафта ёки бир неча ҳафтагача бўлган вақтда юзага келади. Унда асосан, оғиз қуриши, чанқаш, кўп сув ичиш, тана вазнининг кескин камайиб кетиши, тез-тез пешобга чиқиш, баданда йирингли яралар пайдо бўлиши каби клиник белгилар билан юзага келади.

Иккинчи тур қандли диабетга кўп ҳолларда 5-6 йил кечиктирилиб ташхис қўйилади. Чунки касаллиқнинг иккинчи тури бошланғич даврида ўзининг клиник белгиларини намоён қилмайди. Шу сабаб кўпинча беморлар милқларнинг қонаши, тишларнинг ўз-ўзидан туша бошлаши, баданга йирингли яраларнинг тошиши юзасидан бошқа-бошқа мутахассисларга мурожаат қилиб юраверади. Барча текширувлар умумлаштирилган ҳолдагина беморда қандли диабет хасталиги аниқланиши мумкин.

Касаллик тарихига оид далиллар. Қандли диабет VI асрда ҳинд физиги Сушрута томонидан аниқланган. Олим бу хасталик семириш жараёни билан бирга кечишини таъкидлаган. Бу соҳада муҳим изланишларни амалга оширган йирик тарихий шахс Абу Али ибн Синодир. У қанд касаллигини жуда аниқ илмий асослар билан тушунтирган ва биринчи бўлиб диабетнинг икки тури мавжудлигини аниқлаган.

Бу соҳада канадалик соҳа билимдонларининг изланишлари энг самарали бўлган. Улардан Фредерик Грант Бантингва Чарлз Герберт Бест 1921 йилда Торонто университети лабораториясида қандли диабетга қарши модда — инсулинни ҳайвон(ит) ларнинг ошқозон ости безидан соф ҳолда ажратиб олишга эришадилар. 1922 йилда инсулин ёрдамида даволанган бемор ўзини яхши ҳис эта бошлайди. Соҳадаги улкан хизматлари учун Ф.Г. Бантингва лаборатория директори Маклеад 1923 йилда халқаро Нобел мукофотига муносиб топилган.

Ушбу касаллиқнинг олдини олиш йўллари, унинг инсон саломатлигига таъсири хусусида батафсил маълумотга эга бўлиш мақсадида Республика ихтисослаштирилган эндокринология илмий-амалий тиббиёт маркази диабет нефропатияси бўлими шифокори, тиббиёт фанлари номзоди Дурдона ҚАЮМОВАга мурожаат қилдик.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

ҚВП ШАРОИТИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ЗАРАРСИЗ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

*Мадумарова З.Ш., Бойқўзиева М.Б.
ОШ малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти*

Муаммо долзарблиги. Керагидан ортиқча рацион калорияси танани оғирлигини оширишга ва қонда ёғ тарқибини ошиб боришга олиб келади. Ҳозирги кунда анчагина илмий — тадқиқот ишлари бўлиб, унда керагидан ортиқча ҳайвон ёғларини ва сабзавотларнинг истеъмол қилиниши, унинг сақланиши ва атеросклерознинг ривожланиши орасидаги алоқани исботланишига кўра, ўт пуфаги, жигар ва бошқа овқатни ҳазм қиладиган органларда касалликлар ривожланишида тўғри овқатланишнинг роли катта эканлиги кўрсатилган.

Мақсад: Олтинкўл тумани “Олтинкўл” (Қишлоқ врачлик пункти) ҚВП аҳолиси орасида рационал овқатланишни тарғибот қилиш ишлари сифатини яхшилаш.

Вазифалар: 1.ҚВП ҳудудида яшовчи аҳоли орасида овқатланишнинг саломатликка таъсири ҳақидаги билимларини ўрганиш. 2.Алоҳида нораціонал овқатланувчи гуруҳлар орасида касалланишни ўрганиш. 3.Рационал овқатланишга доир аҳоли учун тавсиялар ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар: Текширишлар 2017 йилнинг ноябрь ойидан, 2018йил февраль ва март ойларида Олтинкўл тумани «Олтинкўл» ҚВП ҳудудида олиб борилди. Ишнинг 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 хулосалар чикардик. Бу текшириш ишларини бажаришда бизнинг жамоамиз, яъни педагоглар ва ҚВП врачлари ҳамда ўрта тиббий ходимлар яқиндан ёрдам беришди.

Натижа ва таҳлиллар: Олтинкўл тумани «Олтинкўл» ҚВПси жами 8500 нафар аҳолига хизмат кўрсатади. ҚВП хизмат кўрсатувчи аҳолининг таркиби қуйидагича: ҚВП аҳолисининг 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 ҳақидаги билимлари ва овқатланиш характери 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.

Хулоса:

1.Олиб борилган ишлар натижасида шуни айтиш мумкинки, ҚВП мудир ва ходимлари аҳоли ўртасида узлуксиз тиббий маданиятни ошириш ишлари олиб бориши керак экан.

2. Умумий амалиёт шифокори ва патронаж ҳамшира аҳолининг қабул вақтида вазн-бўйини, вазн-бўй индекси хулосасини ўтказиши ва олинган натижаларга асосланиб тавсиялар ҳамда аниқланган касалликлар бўйича даволашни ўтказиши керак.

3. ҚВП мудир бошқа тиббий ходимлар ишини назорат қилиш билан бирга аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини ошириш ҳақида суҳбатлар ўтказди.

4. ҚВП мудир катта ҳамшира билан биргаликда патронаж ҳамшираларини аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи бўйича олиб бораётган ишини назорат қилиш билан тиббий хизмат сифатини оширади.

БЕЛ УМУРТҚАСИ ПРОТРУЗИЯ ВА ЧУРРАСИНИ КЛИНИК ВА ПАТОМОРФОЛОГИК ТАШХИСЛАШ

*Махкамов Н.Ж., Тожибоев Ж.Б., Жўраева Ш.Н.,
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзуни долзарблиги. Жаҳонда умуртка поғонаси протрузияси ва чуррасининг патоморфологик тавсифи ва даволашни такомиллаштириш борасида қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада чуррага хос морфологик ўзгаришларни таққослаш ҳамда назорат гуруҳидаги беморлар умурткалар оралиғи

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

диски ҳамда протрузия, чурра ва секвестрланган чурра таркибий қисм тўқима тузилмаларининг морфометрик кўрсаткичларини баҳолаш самарадорлигини белгилаш алоҳида аҳамиятга эга.

Умуртқа дегенератив касалланиши оқибатида ривожланадиган патоморфологик жараёнлар ва протрузия даражаларининг учрашини таҳлил қилиш ҳамда умуртқа поғонасида ривожланадиган патологик ҳолатларга хос тўқима структур бирликларининг морфологик кўрсаткичларини ҳисоблаш тизимини ишлаб чиқишдан иборат. Протрузия ва чуррада умуртқа поғонасининг қон томирлар, стромаси, пўстлоқ ва мағиз қаватлари гистотопографиясига боғлиқ ҳолда ривожланадиган ўзига хос морфологик ўзгаришларни ҳамда умуртқа поғонасида ривожланадиган морфологик ва морфометрик ўзгаришлар асосида беморларда протрузия ва чуррани ташхислаш усулини башоратлаш керак.

Материал ва материал усуллари. Тадқиқот натижаларининг назарий аҳамияти протрузия ва чурра билан касалланиши, шунингдек, бошқа фон (рақобатлашувчи) ҳолатлар қўшилиб келишидан шикастланган шахслар умуртқа поғонасини яллиғланиш инфилтрати ва фиброз, тоғайли дискининг морфологияси, коллаген толалар тутамлари ҳолати, улар синхондрозлари симфиз, тоғайли диск: фиброз халқа ва дирилдок ядронинг ҳолати ҳақидаги маълумотларни тўлдириши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти умуртқалар оралиғи диск дегенератив ўзгаришлар билан бирга содир бўлган протрузия ва чурраси ҳолатида шикастланиши травматология-ортопедияда хулосаларни асослашга доир аниқланган мезонлар билан ифодаланганлиги билан изоҳланади.

Биз Андижон шаҳрида фаолиятини олиб бораётган “ИБН СИНО” хусусий клиникасида умуртқа поғонаси касалликлари билан стационар даволанишда бўлган 557 та беморда кузатув олиб бордик. Умуртқа поғонасини дегенератив дистрофик ўзгаришлари натижасида касалланган беморларнинг 87%да тоғайли диск протрузияси ва чурраси билан, суяк тоғай деформацияларини асорати туфайли орттирилган стеноз билан 21%, специфик хасталикларни асорати туфайли 9% (буларга асосан ревматоид полиартрит ва туберкулёзни даволангандан кейинги суяк деформациялари, шикастланишлардан кейинги суяк гематомаларини асорати) даволаниш олиб борилди. Энг эътиборли жихати шундан иборатки, клиникамизда умуртқа поғонасини орттирилган дегенератив ўзгаришлари умумий характ таянч тизими хасталикларининг 85%ни ташкил қилди.

Умуртқа поғонаси тоғайли дискининг асоратларида кузатиладиган клиник ва морфологик ўзгаришлар албатта ҳар бир беморда индивидуал ёндашишни талаб этди. Беморларни клиник кузатганимизда уларни иккита контингентга ажратиб таҳлил қилдик, биринчи контингент ёши 30 дан 50 ёшгача белгиладик ва иккинчиси 50 ёшдан 65 ёшгача белгилаб олдик. Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, 30-50 ёшли беморларимиз аҳолининг асосий ишчи гуруҳи ҳисобланади, булар доимо умуртқа поғонасига тартибсиз юкламалар билан иш фаолиятини олиб боришади. Бундай иш фаолияти асосан умуртқа тоғайли диски протрузияси ва чуррасини келиб чиқишига сабаб бўлади. Бу ёшда умуртқа эластиклиги бузилган деформациялар билан намоён бўлади улар асосан 58% да спондилёз асоратли, 33%ида спондилоартроз касалликлари билан оғриганлар ташкил қилди. Бу таҳлиллар шуни кўрсатдики, беморларни индивидуал ўрганишимиз умуртқа поғонаси касалликларини клиник морфологик ўзгаришларига асосланган ҳолда, муқкамал ташхис ва даволаш алгоритми даво чораларини самарали олиб борилишига имкон яратди.

Хулоса. Шундай қилиб, умуртқа поғонаси касалликларини даволашда айниқса тоғайли диск протрузияси ва чурраларини коррекциялаш масалалари жуда долзарб ва катта амалий аҳамиятга эга, натижада оператив ва консерватив даволаш усуллари ривожланиб, доимий равишда такомиллашиб бормоқда. Умуртқа поғонаси касалликларини ёшга хос ўрганиб уни клиник морфологик хусусиятларини тўғри таснифлаш орқали ташхис ва даволаш олиб бориш яхши натижалар гаровидир. Умуртқа поғонаси орттирилган дегенератив ва дистрофик ўзгаришларида клиник морфологиясини ҳар бир беморда индивидуал ёндашиб таҳлил қилиш шифо топиши учун муҳим ўрин тутди. Умуртқа поғонаси касалликларида ёшни турли контингентларга ажратиб таҳлил қилганимизда 30 ёшдан 50 ёшгача беморлар тартибсиз юкламалар натижасидаги шикастланишлардан сўнгги асоратлар билан, 50 ёшдан 65 ёшгачалари эса доимий юкламалар яъни камҳаракатлиликдан касалланади. Бу эса борган сари умуртқа суяк тоғай патологиясида асоратларга олиб келиб қайтмас ўзгаришларни келтириб чиқаради. Умуртқа поғонасининг 30 ва 50 ёшли контингентидан ташкил топган беморларда клиник патоморфологик хусусиятларига тўғри баҳо бериш натижасида, таҳлил қилиш алгоритмига асосланиб эрта даволаш, асоратлар чекланишига сабаб бўлади. Бу асоратларнинг олди олинishi эса кейинги контингентни асоратсиз соғлом турмуш тарзида яшашига кенг имкон яратган бўлади.

УМУРТҚА ТОҒАЙЛИ ДИСКИ ЗАМОНАВИЙ ТАЛҚИНДАГИ ТУЗИЛИШНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

*Махкамов Н.Ж., Тожибоев Ж.Б., Махаммаджонов З.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Муаммонинг долзарблиги. Замонавий шароитда инсон ҳаётида етарли даражадаги ҳаракатланиш камайиб, умуртқа поғонасига оғирлик тушиши кучайиб, унинг чидамлилиги сусаймоқда. Натижада кўпол ва

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

меъёрсиз ҳаракатланиш оқибатида умуртқа поғонаси симфизининг фиброзли халқаси жароҳатланиб, эластиклиги бузилиб, протрузияга ва чуррага айланмоқда.

Бизга маълум адабиётларда умуртқалар ораси дискининг топографик жиҳатдан гистологик тузилиши ёритилган маълумотлар топилмади. Шу билан бирга, умуртқалар ораси диски худди мойланган зулф кўринишида ишлайди, дирилдоқ ядро амортизация яратиб, умуртқа поғонасига тушадиган оғирликни енгиллаштиради. Умуртқалар ораси дискининг чидамлилиги юқори бўлсада, унинг ўзига яраша нозик томонлари мавжуд. Бу дискда қон айланиш тизими йўқ. Дискининг озикланиши диффузия усулида атроф тўқималардан олинади. Фақат инсоннинг умуртқа поғонаси ҳаракатланганда озикланиши кучаяди. Кўпинча фиброз халқаси дегенерацияга учраб, унинг чидамлилиги даражаси бузилиб, чўзилади ва протрузияга айланади, агар ёрилса чурра пайдо бўлади. Агар фиброз халқа орқа бўйлама боғлам томонга кенгайса орқа мия устунини сиқиб қўяди. Агар орқа ва ёнбош томонга чўзилса умуртқалар орасидан чиқадиган нерв тутамини сиқиб қўяди. Натижада тос, бўкса соҳалари ва оёқда оғриқ пайдо бўлади. Бу текширув ва аниқланган маълумотлар бўйича шу нарсани аниқ айта оламизки, умуртқа поғонаси протрузияси ва чурраларини даволашда албатта патоморфологиясига асосланиб ташхислаш ва даволаш керак.

Материал ва текшириш усуллари. Умуртқалар ораси дискини микроскопик жиҳатдан ўрганиш учун ёшлари 30 дан 65 гача бўлган беморлардан материал олинди. Умуртқалар ораси дискининг ички, олдинги бўйлама боғлам томондаги юзаси анча қалин ва зич коллаген толаларидан иборат фиброз парда билан ўралган. Бунда бириктирувчи тўқиманинг коллаген толалари зич ва йирик тутамлардан иборат қалин фиброз тўқимани ташкил қилади. Фиброз тўқиманинг ички қисми зич коллаген толалардан иборат, ташқи қисми эса нисбатан сийрак, коллаген толали тутамлар орасида шиш ва оралик модда мавжуд. Унинг четки юзаси томоннинг айрим жойларида майда қон томирлар жойлашганлиги аниқланади. Тоғай дискининг умуртқа суяги қилтикли ўсимтаси ва орқа бўйлама боғлам томондаги юзаси нисбатан юпқа, тахминан 2 баробар юпқа фиброз қатлам билан ўралган. Бунинг ўзига хослиги бириктирувчи тўқима коллаген толалар тутами нисбатан юпқароқ ва сийрак жойлашган, айрим жойларида қон томирлар ўтган каналчалари мавжуд. Умуртқалар ораси дискининг юқори ва пастки умуртқалараро бўғим юзаси томонда умуртқа суягига тигис жойлашган зич тоғай тўқимасидан иборат. Тоғай тўқимаси толали тутамлари параллел ҳолда айлана бўйлаб жойлашган, уларнинг орасида бошқа соҳаларига нисбатан ўлчами майда хондроцитлар ўрин эгаллаган. Тоғайли дискни патоморфологиясини мукамал ўрганишимиз натижаси шуни аниқладики, ҳар бир умуртқа поғонасидаги диск турли юқламалар ҳисобига структурасини ўзгартириб юбориши аниқланди.

Тадқиқот натижалари: Мазкур ишда одам умуртқа поғонаси симфиз ва тоғайли дискининг топографик жиҳатдан микроскопик тузилиши ёритилган. Умуртқа поғона синхондрозлари умуртқалар орасидаги симфиз, тоғайли диск, атрофидаги фиброз халқа ва дирилдоқ ядродан иборат. Юқори ва пастки бўғимлар юзасида тоғайли диск умуртқа суяги бўғим юзаси билан зич туташган. Тоғайли дискининг ички юзаси анча қалин ва зич коллаген толаларидан иборат фиброз юзаси нисбатан юпқа, тахминан 2 баробар юпқа фиброз қатлам билан ўралган. Дискининг топографик ҳар хил соҳаларида тоғай тўқимасининг гистологик тузилиши турличалиги кузатилди. Четки йўналишда, дирилдоқ ядрога яқин қатламида бетартиб йўналишда жойлашганлиги аниқланди.

Хулоса шуки умуртқа поғонаси протрузиясини ташхислаш ва даволашда албатта клиник патоморфологик жараёнларни ҳар бир беморда индивидуал ўрганиш керак. Бу эса беморлар саломатлиги учун муҳим, таҳлил қилиш сўнг даволаш яхши натижа ҳамдир. Биз олиб борган тадқиқотда умуртқа протрузияси ва чуррасини тўлиқ патоморфологик ўзгаришини микроскопик тузилишларини ўргандик. Умуртқа поғонаси ёш кексалашган сари ва турмуш тарзидаги турли фаолиятлар натижасида патологик жараёнларининг мураккаблашиши, касалликларнинг тахлили ва давосини қийинлаштиради. Шунинг учун умуртқа поғонаси протрузияси ва чуррасида дастлаб беморни патоморфологик ўзгаришларини келтириб чиқарувчи омилни аниқлашимиз сўнг таҳлил қилиш алгоритмига асосланиб даволаш олиб боришни тақозо этади.

МИЖОЗЛАРГА АВТОМАТЛАШТИРИЛГАН ХИЗМАТ КўРСАТИШДА КРЕДИТ ОМИЛЛАРИ

Мирзакаримов Б.А., Бозоров А.А.

Андижон Давлат Тиббиёт Институтини,

Тошкент ахборот технологиялари университети Фаргона филиали

Ҳозирги кунда Ўзбекистон Республикаси Президенти ва Ҳукумати томонидан банк ва кредит тизимига алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бунга қабул қилинган бир қатор Президент Қарор (ПҚ) ва Фармонлари (ПФ) мисол бўлади. Хусусан, меҳнат бозорига янги кириб келаётган ўрта махсус, касб-хунар ва олий таълим муассасаларининг битирувчилари, муддатли ҳарбий хизматдан қайтган жисмоний шахслар, меҳнат органларида рўйхатга олинган банд бўлмаган фуқаролар ҳамда ишга жойлашишга эҳтиёжманд бўлган аҳоли бошқа қатламларининг микромолиялаш хизматларидан фойдаланишни кенгайтириш, шунингдек янги иш жойлари ташкил этилишини таъминлайдиган оилавий, хусусий тадбиркорликни ва бошқа фаолият турларини ривожлантиришни рағбатлантириш белгиланди.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Тижорат банклари Ўзбекистон Республикаси Савдо-саноат палатаси билан биргаликда мурожаат этувчиларга микрокредитларни расмийлаштириш ва бизнес-режаларни тайёрлашда ҳар томонлама ташкилий кўмак ва амалий ёрдам бериш кўзда тутилган.

Кредитнинг зарурлиги ва уни белгиловчи омиллар

Пул изидан қувиш орқали кредит атамасининг кашф қилиниши кишилиқ жамиятининг дохиёна ихтироларидан бири саналади. Кредитдан миннатдор бўлишимиз керакки, у вақт сарфланишининг кескин қисқаришига ёрдам беради. Қарз олувчи (корхона) қўшимча қиймат ҳисобидан ўзининг ресурсини кўпайтириш, хўжалиқ фаолиятини тобара кенгайтириш, ишлаб чиқаришда тезлашувга эришиш имкониятларига эга бўлади. Бунда кредитдан фойдаланувчи шахс иккита қулай шароитга: **биринчидан**, шахс ўзининг фаолиятини кенгайтириш орқали эришилган қўшимча ресурс ҳисобидан имкониятга эга бўлиши; **иккинчидан**, қўйилган мақсадга эришишни тезлаштириш, хохишига кўра муайян нарса, предмет ёки қимматликларга ва ўз навбатида, келгусида муайян воситаларга эга бўлиши мумкин.

Кредитнинг пайдо бўлишини маҳсулот ишлаб чиқариш соҳасидан эмас, балки айирбошлаш соҳасидан излаш мақсадга мувофиқ бўлади. Бунда товар эгалари иқтисодий муносабатларда мустақил юридик шахс ёки мулк эгаси сифатида бир-бирига қарама-қарши ёки рақобатда бўлади.

Кредитнинг моҳияти ва унинг намоён бўлиш шакллари

Кредит кўпинча пул шакли сифатида идрок этилади. Биринчи қарашда ҳақиқатан пойдевор бордек. Замонавий хўжалиқ юритишда қарзлар пул маблағининг йирик қисмини ташкил этади. Шундай бўлса-да, пул ва кредит – нафақат турли хил тушунча, ҳатто турлича муносабатда ҳамдир.

Айтиш жоизки, пул ва кредитнинг натурал–ашёвий кўриниши эмас, балки иқтисодий кўринишлари ҳам мавжудлигини айрим иқтисодий адабиётларда кузатиш мумкин. Бир иштирокчи иккинчи иштирокчига пул белгиларидан қанча миқдорда бериб туриши ёки улар қайси купюралардан иборатлигининг аҳамияти йўқ. Пул ва кредит иқтисодий категория бўланганлиги сабабли уларнинг моҳияти тўғрисида тасаввурга эга бўлиш, уларнинг моҳиятини пул кўринишида эмас, балки уларни таснифига кўра иқтисодий (қиймат) муносабатлари орқали шакллантириш мумкин.

Қарзга берилган ссуданинг қийматини қуйидаги кўринишда ифодалаш мумкин:

$$Ж_k - O_k - I_k \dots B_p \dots B_k \dots - K_k$$

бу ерда

J_k – кредитни жойлаштириш;

O_k – қарз олувчининг кредит олиши;

I_k – кредитнинг ишлатилиши;

B_p – бўш турган пул ресурслари;

B_k – вақтинча қарзга олинган қийматни қайтариб бериш;

K_k – кредит шаклида жойлаштирилган маблағларни кредитор томонидан қайтариб олиши.

Хулоса қилиб айтганда, меҳнат бозорида ўрта махсус, касб-хунар ва олий таълим муассасаларининг битирувчилари, муддатли ҳарбий хизматдан қайтган жисмоний шахслар, меҳнат органларида рўйхатга олинган банд бўлмаган фуқаролар ҳамда ишга жойлашишга эҳтиёжманд бўлган аҳоли бошқа қатламларининг микромолиялаш хизматларидан фойдаланишни кенгайтириш, шунингдек янги иш жойлари ташкил этилишини таъминлайдиган оилавий, хусусий тадбиркорликни ва бошқа фаолият турларини ривожлантиришда олиб борилаётган ишлар, аҳоли ва хизматчиларни фаолиятини рағбатлантиришга қаратилгани мақсадга мувофиқдир.

БОЛАЛАРДА НЕОНАТАЛ ДАВРДА ЎПКА ВЕНАЛАРИНИ МОРФОМЕТРИК ТАҲЛИЛИ

*Миришаропов Ўткир Миришаропович, Содиқова Зумрат Шавкатовна, Султонов Равшан Комилжонович
Тошкент Тиббиёт Академияси*

Муаммонинг долзарблиги: Шу кунга қадар веналар ҳақида илмий адабиётлар куп бўлса ҳам, жумладан ўпка веналари кам ўрганилган. Маълумки ўпка тўқимасида организмдаги газ алмашинувида қон томирларни аҳамияти айниқса вена томирларини ўрни салмоқлидир.[1-2]. Ўпка веналарини тузилишини ўрганиш ўпкани нафақат сегментар тузилишини ёритишга ёрдам беради, уларни бошқа тузилмалар қаторида хусусиятини англатади.[3-4]. Сўнги йиллардаги адабиётлардан танишиш давомида ўпка бўлаклари вена қон томирлари ривожланиш кўрсаткичлари, шаклланиши, аъзо ичида тармоқланиши ва тақсимланиши ҳақида маълумот диярли йўқ.

Тадқиқот мақсади: Болаларда ўпка тўқимасини веналарини макроскопик, микроскопик ва морфометрик кўрсаткичларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Текширув Республика паталогик анатомия марказида 2020 йил охириги 3 ойлик маълумотлари асосида олиб борилди. Тадқиқот учун 28 кунгача бўлган 10 нафар болаларни ўпка веналари ўрганилди. Ўлган болаларда ўпка ва юрак касаллиги бўлмаган. Ўлиш сабаблари ва асосий касаллик суд тиббиёт ва паталогик анатомия хулосаларида аниқланган. Текширув материаллари ўпканинг қуйидаги қисмларида олинди:

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

1. Ўпка учидан,
2. Ўпка олдинги киррасини пастга ўтиш бурчагидан,
3. Ўпканинг коворга юза соҳасидан,
4. Ўпка дорвоза соҳасидан,
5. Ўпка илдиз соҳасидан.

Текширув учун умумгистологик ва гистокимёвий усуллари қўланилди. Олинган материаллар парафинга солиб куйилди ва кейинчалик 3-5 мкм кесмалар таёрланди. Уларни гемотоксиллин-эозин, Ван-гизон, Вейгерт усуллари билан бўялган.

Бундан ташқари ўпка веналари морфометрия қилинган: диаметри, қаватларини (ички, ўрта, ташқи) қалинлиги, силлиқ мушак ва бириктирувчи тўқима нисбати ўрганилган.

Тадқиқот натижалари: Ўпка веналарини илк чақолоқлик даврида қуйидагилар аниқланди: уларни аъзодан ташқарида жойлашган қисми асосан перикард бўшлиғида жойлашган. Чап ва ўнг ўпка веналарини узунлиги $6,7 \pm 0,69$ ва $5,8 \pm 0,76$ ммга ($P=0,05$) тенг, яни улар бир-биридан ишонарли даражада фарқ қилмайди. Перикарддан ташқари қисми эса 1-2 мм га тенг. 1 ойгача бўлган болалар ўпканининг посткапилляри ўпка венулларига давом этади, унинг диаметри эса 30-50 мкм тенг. Ўпка венуллари ўз навбатида бўлакча ичи веналарини ҳосил этади. Бўлакча ичи веналари эса ўпка бўлакчасидан чиқиб бўлаклараро тўсиқ веналарига давом этади, уларнинг диаметри эса 100 мкм дан 150 мкм гача бўлади.

Тадқиқотимиздаги текширув материаллари гистологик тузилишига келсак, ўпка веналари барча қон томирлар каби 3 қаватдан: ички, ўрта ва ташқи қаватдан иборат. Ички қават ясси эндотелийдан ва бириктирувчи тўқимали эндотелий ости қисмдан иборат. Эндотелий остида бириктирувчи тўқима толалари асосан циркуляр ташқарида бўйлама йўналган. Ўпка веналарини қуйи қисмига тушган сари, ўрта қаватдаги силлиқ мушак тутамлари юқалашади ва адвентиция қаватида эса юрак мушак толалари аниқлана бошланади. Бошланғич қисмида силлиқ мушак ҳўжайралари 2-6 мм дан сунг қуринади. Адвентициал қават чақолоқ тўғилган кунлари 160-442 мкмга тенг ва сийрак толали шаклланмаган бириктирувчи тўқимадан иборат, коллаген ва эластик толаларга эга. Бўлаклараро веналарнинг ички бушлиғи вена умумий деворининг 90-93% ташкил этади. Демак эмизикли даврда вена деворининг қалинлиги умумий диаметрнинг 7-10% дан иборат бўлади. Интима қаватида субэндотелий қаватини дифференциаллаштириш давом этаётгани, яхши тараққий қилмаган, ҳўжайралар орасидаги яқка-яқка жойлашган эластик толаларни курамыз. Ўрта қават эластик пластинкаларнинг сони 5-8 та булиши билан характерланади. Нозик эластик толалар циркуляр ва кундаланг йўналагани кўрамыз. Улар билан бирга оз миқдорда силлиқ мускул ҳўжайралари ва ретикуляр толалар жойлашганлиги курилади. Адвентиция асосан коллаген ва ретикуляр толалардан иборат.

Хулоса: Шундай қилиб, бола тўғилган кунлари ўпка ичидаги веналар тузилиши нисбатан оддий ва бир-биридан ўрта қаватидаги мушак ҳўжайралари, ретикуляр ва коллаген толалар нисбати билан фарқ қилади. Текширувмизда ўнг ва чап ўпка веналарида фарқ аниқланмади, ўпка веналарининг қуйи қисмларида миокардиал тутамлар циркуляр жойлашганлиги аниқланди ва 0,5 см энига эга бўлган сфенктер ҳосил қилган. Иккала ўпка веналарида ҳам миокардиал тутамлар, эластик ва коллаген толалар фарқланмади.

СОН-ЧАНОҚ БЎҒИМИ АРТРОЗЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Неъматжонов Б. - 1 курс магистри

*Илмий раҳбар: мамаджанов К.Х. - Травматология, ортопедия нейрохирургия кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзу долзарблиги. Сон-чаноқ артрози сурункали бўғим касалликлар гуруҳига кириб, дистрофик-дегенератив ўзгаришлар, асептик яллиғланиш белгилари билан характерланади, бўғим юзаси тоғай қисми сезиларли ўзгариши бўғим тирқиши торайишига олиб келади. Бўғимнинг кўп қисмини яқинлаштириш бўғим ҳаракатининг чекланишига олиб келади. Оғриқ ва бўғим функциясининг чекланиши киши меҳнат қobiliятининг пасайишига, кўпинча ногиронликка олиб боради. Беморлар артроз билан 30-40 ёшда, кўпинча меҳнат ва спорт билан боғлиқ зўриқиш туфайли касалланишади. Оёқ бўғимларининг артрози 85% ни ташкил қилади. Шунинг ичида сон-чаноқ бўғими артрози 44% ташкил этади. (Г.П. Котельников, С.П. Миронов, В.Ф. Мирошниченко. 2016.)

Тадқиқот мақсади. Коксартроз билан хасталанган беморларда оптимал даволаш усулини танлаш.

Тадқиқот материали. Мазкур илмий иш 2019-2020 йиллар мобайнида Андижон вилоят кўп тармоқли шифохонасида ҳамда РШТБМ АФ травматология ва ортопедия бўлимида даволанган 38та беморни текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Рентгенологик текшириш натижаларига асосан беморларнинг 28 тасида (73,7%) артрознинг II-даражаси, қолган 10 тасида (26,3%) артрознинг III-даражаси аниқланди.

Натижалар. Беморлар асосий ва назорат гуруҳига ажратилди: асосий гуруҳда 25 та бемор бўлиб, шундан 11 нафари бирламчи артроз, 14 киши иккиламчи артроз билан бўғим ичига оксигенотерапия билан биргаликда даволаш ишлари ўтказилди. Назорат гуруҳидаги 15 киши фақат амалдаги даволаш усуллари билан даволанди. Асосий гуруҳдаги 18 та беморнинг ахволи яхшиланди (45%); кузатувдаги 6та беморнинг ахволи қониқарли (15,8%) бўлди; 1 та беморда қониқарсиз натижа кузатилди (2,7%). Назорат гуруҳида 8 та

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

беморнинг ахволи яхшиланди (28,6%); 5 та беморда қоникарли (17,8%) натижа қайд этилди; 2 та беморда қоникарсиз (7,1%) натижа қўзатилди.

Хулосалар: Сон-чанок бўғимининг постравматик артрозларини комплекс даволашда стерил кислородини бўғим ичига киритиб даволаш артрознинг патогенетик давоси бўлиб, асоратлар ўсишини камайтиришга имконият беради. Коксартрозни III-IV даражаларида консерватив даволаш муолажалари етарлича самара бермайди. Бу беморларга тизза бўғими тотал эндопротезлаш ташриҳи ўтказиш тавсия этилади.

СОН СУЯГИ ДИАФИЗ ҚИСМИ СИННИШЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Неъматжонов Б.Т. – магистратура I босқич талабаси

Жураев М.А. - магистратура I босқич талабаси

*Илмий раҳбар: Мамаджанов К.Х. - Травматология, ортопедия ва нейрожаррохлик
кафедраси катта ўқитувчиси*

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқот долзарблиги. Замонавий травматология ва ортопедиянинг ютуқларига қарамай, сон суяги диафизар синнишларини даволаш муаммоси ўз долзарблигини йўқотмаган. Муаллифлар келтирадиган маълумотларга кўра ҳар йили 0,01% аҳолига ушбу ташхис қўйилади, ваҳоланки ушбу жароҳатланишни хирургик даволашда барча турларини қамраб оладиган содда, эффектив ва хавфсиз усулни танлаш муаммолигича қолмоқда (Тухтаев Ж.Т. 2014, Salminen S.T. et al., 2010).

Тадқиқот мақсади – сон суяги синниши билан даволанган беморларни даволаш натижаларини тахлили этиш.

Тадқиқот материали. Клиник материал РШТЎИМ АФ травматология бўлимида 2017-2021 йилларда даволанган 135 бемордаги кузатув ва хирургик даволаш натижаларини қамраб олган. 17 (12,5%) нафар беморда экстремедулляр остеосинтез, 83 (61,5%) нафарда – интрамедулляр, 35 (26%) нафарида блокловчи интрамедулляр остеосинтез ташриҳи ўтказилган.

Натижалар. Тадқиқот давомида шу аниқландики, даволаш усулини танлашда Winqvist-Hansen таснифига таяниш мақсадга мувофиқ деб топилди.

Бунга қўра сон суяги диафизини ёпиқ синнишларининг:

0-I турида – штифт/пластина билан остеосинтез;

II турида – БИОС/штифт билан остеосинтез;

III турида – БИОС/пластина билан остеосинтез;

IV турида – БИОС;

Даволаш усулларини қўллаш тавсия этилди.

Хулосалар:

1. Ю.Г. Шапошников, АО/ASIF ва Winqvist-Hansen таснифлари қўйилганда, оптимал даволаш тактикасини танлашда қўмақ бўладиган, шикастланишни барча қирраларини қамраб оладиган деб Winqvist-Hansen таснифи топилди.
2. Сон суяги диафизини синнишларини жаррохлик йўли билан даволашда блокловчи интрамедулляр остеосинтез усули оптимал деб топилди. Бунга сабаб кичик инвазивлиги, сақланиб қолган қон айланиши, суяк ва мушак тўқимасини интраоперацион шикастланишини минималлаштиришга эришиш орқали жароҳатланган суяк тўлиқ консолидацияси ва функционал тикланиши муддатлари нисбатан қисқариши, ҳамда асоратлар қамлигини кўрсатиш мумкин.

УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРНИ ДАВОЛАШДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШ

Нематов Н.Қ., Эхсонов Ш.З., Хакимов С.Қ. - магистратура I босқич талабалари

*Илмий раҳбар: Мамаджанов К.Х. - Травматология, ортопедия ва нейрожаррохлик
кафедраси катта ўқитувчиси*

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзу долзарблиги. Очик интрамедулляр остеосинтез асоратлари ҳисобида остеомиелит 3,45-1 % ҳолатларда, ёпиқ интрамедулляр остеосинтезда эса - 0,65-1 % ҳолатларда ривожланади (Babin S.R. et al., 2011; MaatzR., 2013). Суяк ва бўғимлар йирингли патологияси бор ногиронлар ичида сон суяги постравматик остеомиелит 18,7 % гача ташкил қилади ва 46,2 % да уларнинг сабаби жароҳатларни оператив даволашдир (Житницкий Р.Е. ва ҳамм., 2019).

Тадқиқот мақсади. Интрамедулляр остеосинтездан кейинги ривожланган остеомиелитни комплекс даволаш усулини такомиллаштириш ва унинг клиник самарадорлигини баҳолаш.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Тадқиқот материаллари. Илмий ишни асосини 2010-2020 йилларда Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида ва Андижон вилояти траватология ва ортопедия шифохонасида интрамедулляр остеосинтездан кейин ривожланган остеомиелитни даволаган, 17дан 55 ёшгача бўлган 22 нафар беморнинг клиник кузатиш ва даволаш натижалари ташкил қилади. Илмий ишда клиник, лаборатор, рентгенологик, шу жумладан мультиспирал компьютер томография, бактериологик текширув усуллари, ҳамда математик статистика усуллари қўлланилди.

Тадқиқот натижалари. Илмий ишнинг амалий аҳамияти интрамедулляр остеосинтездан кейинги ривожланган остеомиелитни таклиф этилган комплекс даволаш усулини қўллаш орқали беморларнинг даволаш натижаларини яхшилашдан иборат бўлиб, ногиронлик гуруҳининг камайишига олиб келди.

Сақланиб қолган қон айланиш манбасига шикаст етказишни камайтириб бажариладиган, суяк ичидан кенг қўламдаги резекция қилиш учун минимал жарроҳлик кириш йўлини қўллаш ташрихдан кейинги қолдиқ бўшлиқни ёпилиш муддатини ва беморни стационардаги даво муддатини камайтириш имконини яратди.

Хулоса. Остеомиелитни турғун ремиссиясига олиб келадиган радикал оператив амалиёт ўз ичига нафақат битган ва битмаган суяк синиши зонасидаги некрозлашган тўқималарни олиб ташлашдан, балки блокловчи интрамедулляр штифт бўйлаб ўраб турган тўқималарни ҳам олиб ташлашдан иборат бўлиши керак.

ҒАРБ ЁШЛАРИ СУБМАДАНИЯТИ НИМА?

Низомова М.Ў. –даволаш факультети 335-гуруҳ талабаси

*Илмий раҳбар: З.Раҳматова -Ўзбек тили ва адабиёти кафедраси катта ўқитувчиси
Андижон давлат тиббиёт институти*

Ҳозирги кунда психология, социология, ижтимоий педагогика бир қатор ёшларнинг ҳаёт тарзига айланиб бораётган асоциал хулқ муаммоларини ўрганишга киришди. Бунда ёшлар бирлашган ёшлар субмаданияти таъсирига тушиб қолишган, шунинг учун ўз фаолиятида унинг қадриятлари, анъаналари ва хусусиятларини амалга оширадilar. Мазкур мақолада кўпроқ асоциал хулқ, асоциал ёшлар субмаданияти, унинг атрибутлари, шунингдек ёшларнинг асоциал хулқ профилактикаси муаммоларини кўриб чиқамиз.

Тадқиқотчи Р.В. Овчаров асоциал хулқ-атворни девиант хулқ –атворнинг бир кўриниши сифатида тушунади ва унга тажовузкор (агрессив), қонунбузар (делинквент), криминоген (жиноий) хулқ атворларни киритиб, унинг асосида социализация, ижтимоий-педагогик эътиборсизлик ва хулқ атворни бошқаришнинг ўзгариши ётади, деб айтади. Биз асоциал хулқ- атвор жиноий характерга эга эканлиги ҳақидаги муаллиф нуктаи назарига қўшилмаймиз. Биз ғайриинсоний хулқ –атвор жиноий фаолиятга олиб келиши мумкин, деб ҳисоблаймиз, тадқиқотчилар К. Пенсом ва П. Беттсларнинг жиноятлар келиб чиқиши асоциал хулқ – атворда яширин бўлиши мумкин, деган фикрларига қўшилаемиз.

Қоидага кўра, асоциал хулқ –атвор кўпинча ўсмирлик давридаги шахсларда кузатилади, улар юқори фаолликда бўлиб, асоциал хулқ-атворнинг материал мотивларга эга бўлмай, безорилик ва вандализм сингари шаклларида ўз аксини топади. Масалан, А.Коен томонидан ўғил бола-жиноятчилар билан олиб борган тадқиқотида кўрсатишича, ўғил болалар автомобилларни қайта сотиш учун ўғирламайдилар, балки улар буни қилишга ҳақлари йўқлигидан вазиятнинг ҳамма таваккалчилигини бошидан кечирган ҳолда хавотирланиб, ўзларини хурсанд кўрсатишга ҳаракат қиладилар. Ёшларнинг асоциал хулқ-атвори 19-асрдан бери катталар ва тадқиқотчилар томонидан жиддий эъборга олинган. Катталар назоратсиз ёшлар фаоллиги (кўча тўдалари ҳақида гап кетяпти) “ахлокий ваҳима” пайдо бўлишига олиб келади (бу атама Стенли Коеннинг “Миллий жинлар ва ахлокий ваҳима”сига тегишли). Қатор хорижий олимлар (К.Гриффин, С.Фрис, М.Брейк, С.Коен, Дж.Форнас, Г.Болин ва б.) ўзларининг тадқиқот ишларини улғайиш шакли сингари ёшлар ва катталарнинг ўзаро муносабатларида қайсидир вазифага оғишни акс эттирувчи ёшларга бағишладилар. Тадқиқотчи Кристин Гриффин таъкидлашича, ўсмирлик ва ўспиринлик даврига хос бўлган исёнга мойиллик ёшларни ноқонуний фаолият ҳамда субмаданиятга жалб қилиш билан бошланғич боғлиқликни яратади. Ушбу ғоя Саймон Фрис ишларида ҳам учрайди, у субмаданият ёшларга “ўзиники” билан танишишга ёрдам беради ва уни жамиятдан фарқлаш ҳиссини тушунтиради. Тадқиқот нуктаи назаридан келиб чиқиб, улғаяётган даврда катталар томонидан шахсий хавотирланиш ва тушунмовчиликни жамоа ҳолатида, реер groups деб ном олган ўзларига тенгдош шахслар гуруҳида бирлаштириш осон кечади. Бундай норасмий бирлашма ёшларга қўллаб қувватлаш, ишонч ҳисси, катталар жамиятидан воз кечадиган маълум маънода обрў-эътибор беради. Бироқ бу ерда бошқа муаммо пайдо бўлади: ёш шахс онгли равишда ушбу субмаданиятда иштирок этадими, унинг мафқураси билан ўртоқлашадими ёки у тасодифан бу ерга ҳимоя, ёрдам излаб келганми, ҳозирда эса ушбу бирлашма қадриятлари ва маъёрларини қабул қилишга мажбурму билиб бўлмайди. Иккинчи ҳолат шаклланмаган шахс учун жуда кенг тарқалган ва деструктив ҳисобланади, айниқса, агар асоциал йўналган субмаданият ҳақида гап кетса, Коен фикрига қўшила олмаймиз, чунки улар асоциал йўналтирилган ёшларни жиноий тўдага бириктириб, улар таъсирига антиижтимоий бўлиб қолади. Асоциал фаолият мотивлари ва асоциал тажриба норасмий ёшлар субмаданиятининг кўплаб типологияси асосида ётади. А.В.Мудрик таъкидлашича, асоциал субмаданият

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

уларни ташувчиларининг ҳаёт шароити ва мўлжалининг қимматиға боғлиқликда жамият ва қисман жамиятга қарши меъёрларга оз ёки кўп миқдорда йўналтирилади. И.П.Башкатов ёшларнинг асоциал норасмий бирлашмасини ажратиб, уларда асоциал қиммат ва меъёр, муҳим ҳаёт услуби, симболи, асоциал ҳолатнинг вазиятли характери ва жиноий йўналганликнинг йўқлиги ҳақида гапиради. Ғарб тадқиқотчиси М.Брейк ёшлар субмаданиятини ёлғон нуқтаи назаридан кўриб чиқади ва жиноятчилар гуруҳини қонун – қоидаларга қарши бўлганларга бирлашган гуруҳ сифатида тасвирлайди. Тадқиқотчиларга эргашиб, биз асоциал ёшлар субмаданияти деганда ижтимоий меъёр ва қадриятларни баҳам кўрадиган, ҳукмронлик қиладиган ижтимоий анъаналарга зид келадиган ёшлар бирлигини тушунамиз. Ғарбий норасмий асоциал йўналишлар бирлашмасига асосан, металлургия хизматчилари, рокерлар, панклар, хиппинлар киради (И.П.Башкатов, И.Я.Полонский). Унга ҳозирда тарихга айланган қадимий субмаданият, яъни айёрона жанглари ва мода ҳам қўшилади. Ҳар қандай субмаданият ўз атрибутларига эга. Тадқиқотчи Карен Хесс асосий атрибутлар орасидан жаргонлар, татуировка, лақабни ажратади. Татуировканинг асосий вазифаси – маълум бир ижтимоий гуруҳга тегишли эканлигини ва социумга тегишли бўлмаганлигини, унинг ҳокимиятидан озод қилинишини англатади. Скинхедлар учун елка ва бошнинг юмшоқ терисига бош мия суяги ёки ўргимчак расми, шунингдек турли зўравонлик белгиларини –татуировка чизиш хосдир. Пирсинг ва чандик оғрик, парчаланиш ва бартараф қилишга қаратилган панк-маданиятга хосдир. Бу лақаб ёшларнинг гуруҳлараро ижтимоий “брендлаш” усули бўлиб, уларга гуруҳ иерархиясида маълум ижтимоий роллин беради. Кўча субмаданиятида лақаблар исён ва ёмонликни билдирувчи “исм, номлар”га айланади, бу хайвон номлари билан айтилади (Йўлбарс, Қарға, Кобра, Пантера, Шакал). Лақаб олиш – норасмий жамиятдаги гуруҳга кирган муҳим вақтни билдиради. Бу гуруҳни яқкалаштиришнинг бир тури бўлиб, ижтимоий-психологик қиличбозлик усули билан бошқалардан ажратиш, “ўзиники” ва “беғоналар”га бўлиш саналади. А.В.Мудрик таъкидлаганидек, жаргон ҳам шунга ўхшаш вазифани, яъни норасмий бирлашма ичида алоқа учун паролнинг бир тури сифатида ишлатилади. Панклар орасида жаргонлар лексикасини кўриб чиқамиз: хаер –соч турмаги, гига-концерт, осий-вақт ўтказиш, хой-салом; скинхедлар учун хос жаргонлар: хардкор бўйича-тўғри, катировать-хурмат қилиш. Қўшимча атрибутлар ҳар хил қасамёдлар ёки граффитлар бўлиши мумкин, яъни кўча субмаданияти ўз ҳудудини рақибларидан ҳимоя қилиб чегараланиши тушунилади. Замонавий ғарбий ёшлар норасмий бирлашмасининг асоциал ҳулқ атворининг намоён бўлишини кўриб чиқамиз. Энг тажовузкор ёшлар субмаданиятларидан бири скинхедлар субмаданияти ҳисобланади. тасодифан, Стенли Коен ўзининг илмий ишида скинхедлар субмаданиятини “ халқаро ғазабланиш” деб атайди, бу бузуқ ҳулқ-атвори намоёиш этади ва ижтимоий “ахлокий ваҳима”ни келтириб чиқаради. Мазкур субмаданият 60-йиллар охирида Англияда шаклланиган.

Кўриб турганимиздек мақолада айтиб ўтган муаммо кўпроқ Европа давлатларида кузатилади. Бизнинг ёшларимизчи, бундай уюшмалардан узоқми, деган саволга жавоб бериш ҳам қийинчилик туғдиради. Албатта, ёшлар бирор машғулотга жалб қилинмаса, оила носоғлом бўлса, ота-она ҳаётда қелиша олмаслиги туфайли ёшлар шундай муаммоларга йўлиқишлари табиий.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, асоциал йўналишга эга норасмий ёшлар уюшмалари ҳар қандай жамиятда мавжуд. Ёшларни бу гуруҳларга кириб қолишларининг олдини олиш учун уларнинг бўш вақтларини мазмунли ўтказишга имкон яратиш, бирор бир машғулоти билан машғул қилиш биз катталарнинг вазифасидир.

ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ АНЕМИЯСИ ҲАҚИДА ТУШУНЧА

Низомова М.Ў.-даволаш факультети 335 –гуруҳ талабаси

Илмий раҳбар: Абдуваҳодова Н.- госпитал терапия ва

эндокринология кафедраси ассистенти

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Темир танқислиги анемияси (ТТА) — қонда эритроцит ва гемоглобин миқдорининг камайиши билан тавсифланувчи патологик синдром. ТТА нинг асосий сабаблари яширин қон кетиш (оккульт), озик-овқат билан темир моддаси истеъмолининг етишмаслиги ва ингичка ичакнинг яллиғланиш касалликлари ҳисобланади.

Гемоглобин даражасининг камайишига боғлиқликда анемиянинг учта оғирлик даражаси фарқланади: енгил даража – гемоглобин 90 г/л дан юқори; ўрта даражаси- гемоглобин 90-70 г/л атрофида; оғир даражаси - гемоглобин 70 г/л дан кам бўлади.

Темир танқислигининг сабаби турли физиологик ҳолатларда ва касалликларда кузатиловчи темир сарф қилинишининг устунигида унинг баланс бузилиши ҳисобланади:

- турли генезда қон йўқотиш;
- қон сарфланишининг ошиши (ўсиш даври, ҳомиладорлик, кўкрак билан боқиш);
- темир ўзлаштиришнинг бузилиши;
- туғма темир танқислиги;
- трансферрин танқислиги оқибатида темир транспортининг бузилиши.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Камқонлик тўқималарга кам кислород етиши сингари тўқима ва аъзолар гипоксияси ҳисобланади. Бу ҳолат бош мия учун жуда хавфлидир. Гипоксияда нерв ҳужайралари нобуд бўлади, бу секин аста шахс деградациясига олиб келади. Касалликнинг дастлабки босқичида инсон доимий ҳолсизлик ва меҳнат қобилиятининг пасайишини ҳис қилади. Агар бу симптомларда қоннинг лаборатор таҳлили ўтказилса, унда гемоглобин ва эритроцитлар даражасининг камайгани аниқланади. Темир танқислиги анемияси — кенг тарқалган бўлиб, у катталар ва ёш болаларда ҳам кузатилади. У қатор сабаблар бўйича ривожланиши мумкин, жиддий касаллик кўринишида намоён бўлади ва даволашнинг зарурлигини кўрсатади. Акс ҳолда анемия саломатликка жиддий зарба бериши мумкин.

Мақсади. *Нима учун темир етишмаслиги касаллик чақиришини аниқлаш.*

Катта инсонлар учун организмда 5 г темирнинг бўлиши норма ҳисобланади. Таъкидланишича, касаллик механизми қонда темир минерали танқислиги билан боғлиқ. Унинг ўрнини бўртириш қийин албатта. Умумий микдорнинг 70% гемоглобин тузилишида бевосита иштирок этади. Демак, темир – бу эритроцитлар томонидан кислород молекулаларининг ушлаб турилиши ва кейинчалик тўқимада ўпка пуфакчаларидан ўтиш жараёни учун алиштириб бўлмас материал ҳисобланади. Темир танқислигининг ҳар қандай варианти организмнинг кислород билан тўйинмаслиги ва гемоглобин синтезининг пасайишига олиб келади. Минералнинг нафакат озик –овқат билан (организмда темир ишлаб чиқилмайди) организмга кириши, балки уни ўзлатириш ва етказиб бериш жараёни ҳам муҳим саналади. Ўн икки бармоқли ичакдан темир молекулаларининг сўрилишига махсус оксил (трансферрин) тўлиқ жавоб беради. У темирни бош мия суягига етказиб беради, у ерда эритроцитлар синтезланади. Организм ўткир етишмовчилик кузатилган ҳолатда тезкор тўлиш учун ўпка ҳужайрасида “омбор” ҳосил қилади. Захира гемосидерин кўринишида сақланади. Минералнинг ортиқчаси сийдик, аҳлат билан, тер беги билан чиқиб кетади.

БОЛАЛАРДА ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯНИ ДАВОЛАШ ВА ДИАГНОСТИКАСИДА ЛАПАРОСКОПИЯНИ АҲАМИЯТИ

*Норқобилов Ш.Й. –даволаш факультети 2- босқичталабаси
Илмийраҳбар: Бердиев Э.А., т.ф.н., доцент., Олий тоифали болалар хирург
Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз филиали*

Муаммонинг долзарблиги: Болаларда ичак инвагинацияси ўткир ичак тутилишини 50% ни ташкил этади. Ҳозирги кунга қадар ичак инвагинациясини даволаш тактикасини танлаш долзарблигича қолмоқда.

Тадқиқотлардан мақсад: Болаларда ичак инвагинацияси касалликнинг муддати, даволаш самараси ва натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

Материал ва текширув усуллари: Бизни кузатувимизда ичак инвагинацияси билан 50 та бола Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида стационар даволанишда бўлди. Уларнинг орасида 32(64%) ўғил болалар, 18(36%) киз болалар; 1 ёшгача бўлган болалар - 42(84%) ни, 1 ёшдан катта болалар -8 (16%)ни ташкил этди.

Ичак инвагинацияси клиник манзараси билан 12 соатгача муддат билан 29(58%)та, 12-24 соатгача- 10(20%)та, 24 соатдан сўнг-11(22%) болалар мурожаат қилишган.

Ичак инвагинациясини диагностика қилишда касаллик анамнезини йиғиш, физикал текширувлар, пневмоирригография ва қорин бўшлиғи УЗИ аппарати «Philips Clear 350» (Germany), «Logiq-400» (USA) , видеоэндоскопик жамланмаси «Karl Storz» (Germany) жихозларидан фойдаланилди.

УЗИ текширувида ичак инвагинациясини эҳобелгилари “инвагинат бошчаси” ичак инвагинацияси соҳасида ичак перистальтикасини сустлашуви аниқланади. Рентгеносонаграфик текширувларда эса ичак инвагинациясини қўйидаги белгилари аниқланди. Кўр-чамбар ичак шакли билан 27(54%)та, ёнбош-чамбар ичак шакли билан 20(40%)та, ингичка-ингичка ичак шакли билан 2(4%), йўғон-йўғон ичак шакли билан 1(2%) беморлар аниқланди. Ичак инвагинациясида даволаш-чора тадбирларини танлашда касалликнинг асосий клиник манзарасига рентгеносонаграфик текширув усуллари таяндик. Бизнинг марказда ичак инвагинациясини консерватив даволаш тактикаси инвагинация шакли, болани ёши, касаллик муддатига қараб танланди.

Ичак инвагинациясини консерватив усулда 33 (66%) та болада бартараф этилди. 17 (34%) та болада консерватив усул самара бермаганидан сўнг уларда диагностик лапароскопия ва лапароскопик дезинвагинация бажарилди.

Лапароскопик дезинвагинация бажариш учун ишчи трокарлар ўнг когурға равоғи ва чап ёнбош соҳасидан ўрнатилди. Лапароскопик дезинвагинация эҳтиётлик билан инвагинат тўғриланиб, тўғри ичак орқали Ричардсон баллони ёрдамида 120-150 мм.симоб.уст.тенг. босим остида йўғон ичакка ҳаво юборилиб олиб борилди.

Лапароскопик дезинвагинациядан сўнг сиқилган ичак кисми визуал назорат остида ҳаётийлиги кўздан кечирилади.

Хулоса: Шундай қилиб, ичак инвагинацияси диагностикасида клиник аҳамиятга эга УЗИ ва рентгенологик текширувлар бўлиб, лапароскопик дезинвагинация визуал назорат остида

бажарилса, сиқилган ичак холатини баҳолаш имконини бериб, лапаротомия операциялар сонини камайитиришга эришиш мумкин бўлади.

БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯ ХАСТАЛИГИНИ ДАВОЛАШ

Нурматов Ё.Х., Алимов М.М., Шониятов Э.П., Шамсиддинов Ш.И.

Тошкент шаҳар 2- сон болалар жарроҳлик клиник шифохонаси

Фарғона вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Муаммонинг долзарблиги. Гипоспадиянинг дистал тана шаклини бир босқичли жарроҳлик усуллари билан бартараф қилинади. Уретрапластикада пластик материал сифатида уретра майдончасидан фойдаланилади. Жарроҳлик усулини танлаш, олат бошчаси шакли ва вентрал юзадаги тери холати, уретра майдончаси кенглиги ва унинг ривожланганлигига боғлиқдир.

Бугунги кунга келиб гипоспадия норасолигини бартараф этиш учун қўлланилаётган бир босқичли операцияларнинг деярли барчасида неоуретра учун кертмак варақларидан фойдаланилмоқда. Чунки кертмак варақлари олатнинг танасида жойлашганлиги сабабли унинг силжувчанлик хусусияти хаддан ташқари юқори бўлиб, олат танаси терисининг таранглашмаслиги учун ёрдам беради.

Операциягача 3 ой мобайнида гормонал стимуляция ўтказилган тақдирда ҳам беморлар орасида ҳам кўпгина асоратлар кузатилмоқда. Чоклар очилиб кетиши 7%, тери уретра оқмаси 3% учраб, гормонал стимуляциядан сўнг эса чоклар очилиб кетиши 1%, тери уретра оқмаси 4% каби асоратлар қайд этилган.

Биз кузатишлар мобайнида гипоспадиянинг дистал ва ўрта тана шаклларида ТПР ва гланспениал неоуретрапластика учун гормонал стимуляция натижаларини таҳлил қилдик.

Мақсад. Болаларда гипоспадиянинг тана шаклида операция олд гормонал стимуляция қўлланилганда неоуретрапластика натижаларини баҳолаш.

Материал ва услублар. Тошкент шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик клиник шифохонаси ва Фарғона вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида қайта таҳлил натижалари 2011-2018 йилларда гипоспадиянинг ўрта ва дистал тана шакллари операция бўлган 405 та болаларда ўтказилди.

Биринчи гуруҳга (n=119) ТПР усулида операция гормонал стимуляция ўтказилган болалар. Иккинчи гуруҳга (n=286) клиникамизда ишлаб чиқилган бир босқичли гланспениал неоуретрапластика (ихтирога патент № IAP 05305, 2016й) усулида операция бўлган беморлар таҳлил қилинди.

Натижа ва муҳокама. Операциядан кейинги эрта даврда асоратлар кузатилмади. Бир босқичли неоуретрапластика операцияларини узок натижаларини 6 ойдан 2 йилгача бўлган муддатда кузатилди.

1- гуруҳда тери-уретра оқмаси 19(16%), неоуретра стенози 14(11.8%), неоуретра ретракцияси -18(15.1%) кузатилди. 2- гуруҳга тери- уретра оқмаси 16 (5.6%) қайд қилинди.

Хулоса. ТПР- уретрапластика усули косметик жихатдан қулай, аммо гормонал стимуляция ўтказилгандан сўнг ҳам тери-уретра оқмаси, неоуретра ретракцияси ва функционал обструкция пайдо бўлишига олиб келади.

Гланспениал неоуретрапластика усули операция олд гормонал стимуляция ўтказилмасдан, олат бошчаси кичик бўлган беморларда ҳам мўл тери лоскутида қон айланиш бузилмаслиги ва олат бошчасидаги ясалган янги тортқич сабабли неоуретра стенози ва ретракцияси кузатилмайди.

Олат бошчасини операциягача гормонал стимуляция усулида кенгайтириш неоуретра стенози ва ретракция бўлишини олдини олмайди.

БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯ ХАСТАЛИГИНИНГ ПЕНИАЛ ШАКЛИДА НЕОУРЕТРАПЛАСТИКА УСУЛЛАРИНИНГ НАТИЖАЛАРИ ТАҲЛИЛИ

Нурматов Ё.Х., Алимов М.М., Шониятов Э.П., Шамсиддинов Ш.И.

Тошкент шаҳар 2- сон болалар жарроҳлик клиник шифохонаси

Фарғона вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Муаммонинг долзарблиги. Болаларда гипоспадиянинг дистал тана шакли олат бошчаси кичик бўлган бўлган болаларда ва операциягача тестостерон қўлланган беморлар кузатувида олат бошчасидаги чокларнинг очилиб кетиши тестостеронга боғлиқ эмаслигини исботлади. Шу сабабли Баш ва Снодгресс операциягача тестостерон қўллашдан тўлиқ воз кечишди.

Операциягача 3 ой мобайнида гормонал стимуляция ўтказилган тақдирда ҳам беморлар орасида ҳам асоратлар кўпгина кузатилмоқда. Чоклар очилиб кетиши 7%, тери уретра оқмаси 3% учраб, гормонал стимуляциядан сўнг эса чоклар очилиб кетиши 1%, тери уретра оқмаси 4% каби асоратлар қайд этилган.

Биз кузатишлар мобайнида гипоспадиянинг дистал ва ўрта тана шаклларида ТПР, гланспениал ва Mathieu усуллари бўйича неоуретрапластика учун гормонал стимуляция натижаларини таҳлил қилдик.

Мақсад. Болаларда гипоспадиянинг тана шаклида пластик операцияси натижаларини баҳолаш.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материал ва услублар. Тошкент шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик клиник шифохонаси ва Фарғона вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида қайта таҳлил натижалари 2011-2018 йилларда гипоспадиянинг ўрта ва дистал тана шакллари операция бўлган 481 та болаларда ўтказилди.

Биринчи гуруҳга (n=119) ТИРусулида операция гормонал стимуляция ўтказилган болалар. Иккинчи гуруҳга (n=286) клиникамизда ишлаб чиқилган бир босқичли гланспениал неоуретрапластика (ихтирога патент № IAP 05305, 2016й) усулида операция бўлган беморлар таҳлил қилинди.

3- гуруҳга (n=76) беморлар киритилиб уларга гормонал стимуляциядан сўнг Mathieu(meatal based flap - олат танасидан қайтарилган лоскут) усулида уретрапластика ўтказилди.

Натижа ва муҳокама. Операциядан кейинги эрта даврда асоратлар кузатилмади. Бир босқичли неоуретрапластика операцияларини узок натижаларини 6 ойдан 2 йилгача бўлган муддатда кузатилди.

1- гуруҳда тери-уретра оқмаси 19(16%), неоуретра стенози 14(11.8%), неоуретра ретракцияси -18(15.1%) кузатилди. 2- гуруҳда тери- уретра оқмаси 16 (5.6%) қайд қилинди. 3- гуруҳда 76 бемордан 38 (50%) тасида эса қуйидаги асоратлар кузатилди: операциядан кейинги эрта даврда (1 ой давомида) неомеатус ретракцияси – 9 (11,8%); кечки даврда эса 5 (6.6%) беморда меатостеноз, 24 (31.6%) беморда тери-уретра оқмаси кузатилди.

Хулоса. Матью усули уретра майдончаси кенг ва олат бошчаси ўлчами мўл бўлган беморларда қўлланилса, операциядан сўнг бўлиши мумкин бўлган асоратларнинг камайишига эришилади.

ТИР- уретрапластика усули косметик жihatдан қулай, аммо гормонал стимуляция ўтказилгандан сўнг ҳам тери-уретра оқмаси, неоуретра ретракцияси ва функционал обструкция пайдо бўлишига олиб келади.

Гланспениал неоуретрапластика усули олат бошчаси кичик бўлган беморларда ҳам мўл тери лоскутида қон айланиш бузилмасдан, олат бошчасидаги ясалган янги тортқич сабабли неоуретра стенози ва ретракцияси кузатилмайди.

МУСТАҲКАМ ОИЛА – ЮРТ ТАЯНЧИ

Ў.С.Пўлатова

*Илмий раҳбар: М.Х.Будикова Хорижий тиллар кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти*

Оила-энг аввало эркак ва аёл кишининг ҳамкорлигида, ахилликда яшашдан бошланади. Ҳақиқатдан ҳам оила жамиятнинг бир бўлагидир. Оила инқирози бу жамият инқирози, оила ютуғи бу жамият ютуғи ҳисобланади. Оиланинг давомчиси, қувончи, бахти ва таянчи албатта фарзандир. Фарзанд тарбияси ўта маъсулиятли жараёндир. Бола улғайган сари унинг дунёқараши, ҳатти-ҳаракатлари, психикаси ва руҳияти ва шу билан бирга болага нисбатан қўлланиладиган таълим ва тарбия ҳам мураккаблашиб боради. Ўзбек оиласи қадимдан эзгулик ва садоқат, ахиллик ва поклик тимсоли бўлиб шаклланган ва бугунги кунгача халқимиз бу анъанани муқаддас сақлаган ҳолда давомийлигини сақлаб келмоқда. Ўзбек оиласида анъанавий тарбия ҳамиша бош мезон бўлиб келган ва ундаги маънавий муҳит муҳим ўрин тутди. “Қуш уясида кўрганини қилади” дейилган халқимизнинг машҳур мақоли айнан оиладаги маънавий тарбияни, муҳитни шакллантиришда муҳим воситадир. Ота-онанинг бир-бирларига бўлган муносабатларидан бола андоза олади ва ўзи ҳам шунга интилади. Юқоридаги фикрлардан келиб чиқиб, оиладаги маънавий тарбияни шакллантиришдаги омиллардан қуйидагиларни тавсия сифатида кўрсатиш мумкин:

- ота-онага, ака-укага, опа-сингил, қариндош-уруғларга, кекса кишиларга, ҳурмат ҳиссини фарзандларда шакллантириш;
- фарзандларнинг маданият ва санъатга эътиборини жалб этиш, бадиий-эстетик тарбиясига аҳамият бериш;
- фарзандларга ота-боболаримиздан мерос бўлиб келган дастурхон одоби, меҳмондорчилик, муомала одоби сингари қўнималарни сингдириш;
- оммавий ахборот воситалари орқали ёритилган дастурларнинг маънавий тарбияга молик ҳолатларини оилавий муҳитга таъсирчанлигини ҳисобга олган ҳолда ёндошиш;
- мактабда, ўқув юртларида, иш жойида ўртоқлари ва ҳамкасблари билан одоб доирасида муомала қилишни шакллантириш;
- оилада ижтимоий, маънавий муҳитни соғломлаштириш йўлида олиб борилётган тадбирларни амалга оширишда фарзандлар тарбиясига алоҳида эътибор бериш;
- оиладаги маънавий муҳитни шакллантиришда умумий тарзда ота-она, ака-ука, опа-сингил, қариндошларга бўлган яхши муносабатларни ўзлаштиришни бош мезон деб тушуниш. Оиладаги маънавий муҳитни шакллантиришдаги муҳим омиллардан яна бири маҳаллада ташкил этиладиган тадбирларда, яхшилик ва оғир кунларда маҳалладошлар орасида бўладиган оқибатли ишлардан фарзандларни огоҳ этиш ва уларнинг ёшларига ва жинсларига қараб тадбирларда иштирок этишларини таъминлашдан иборатдир. Умуман олганда ўзбек оиласи ҳамиша маънавий тарбияга алоҳида эътибор берилган ҳолда одоб доирасидаги қўринишларда тарбия мезонига таянади. Ўзбек оиласида маънавий тарбияни шакллантириш ва унга алоҳида эътибор бериш ҳаиша бош вазифа бўлиб келган ва шундай бўлиб қолади.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

МЕТАЛОКЕРАМИКА ВА ЦИРКОН ПРОТЕЗЛАРИ ҚЎЛЛАНИЛГАНДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРТАҲЛИЛЛАРИ

*Ражабов О.А., Хайитова М.А.
Бухоро давлат тиббиёт институти*

Бугунги кунда стоматологик касалликларни даволаш ва олдини олиш долзарб муаммолардан биридир. Тиш қаторларини иккиламчи қисман адентияларида ортопедик стоматологик даволаш самарадорлигини ошириш учун, металл-керамика ва циркон протезларидан фойдаланиш самарали ҳисобланади. Металл-керамик ва циркондан ясалган тиш протез конструкцияларнинг оғиз бўшлиғининг ҳимоя қилиш тизимига таъсирини баҳолаш тўлиқ ўрганилмаган. Тиш ва тишларнинг қаттиқ тўқималарида нуксонларни тиклаш нафақат ортопедик стоматология, балки умумий тиббиёт учун ҳам долзарб вазифадир. Тишларнинг қаттиқ тўқималари патологияси, кариоз ва нокариоз касалликларнинг келиб чиқиши, овқат ҳазм қилиш тизимининг бузилишига, шунингдек, косметик нуксонлар ва нутқсифатининг пасайишини келтириб чиқаради.

Стоматология амалиётида устозлардан Щербаков А.С., Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Жулев Е.Н. (2016) таъкидлашича, қисман иккиламчи адентияда, йўқолган тишлар сонига қараб, тананинг ҳазм қилиш тизимида ўзига хос салбий ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Профессор Ирсалиев Х.И. (1993) тамонидан тиш қаторлари нуксонидида оғиз бўшлиғидаги шиллик қаватда юзага келадиган структур ва функционал ўзгаришлар батафсил ўрганилган. Муаллиф тишлар қаторидаги нуксонни катта кичиклигига боғлиқ ҳолда оғиз бўшлиғидаги микробиоциноз ва иммунологик ўзгаришларни мукамал таҳлил қилган. Х.И. Ирсалиев (2001), тиш протезларини тайёрлаш пайтида, яъни тиш қаттиқ тўқимасини чархлаш жараёнида, турбинали бормашиналарни тўхтовсиз ишлатиш, тиш пульпасида чуқур морфологик ўзгаришларга олиб келишини исботлади. Электрон микроскопик кузатувларида, тиш пульпасига қон тўлиши ва баъзи ҳолларда тиш пулпасининг куйиб кетишини кўрсатди.

Тадқиқотнинг мақсади. Протез самарадорлигини ошириш учун металл, металл-керамика ва циркон протезларини ишлатишда periodontal тўқималардаги морфологик ва функционал ўзгаришларни киёсий баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқотлар 100 кишидан иборат бўлиб, улар 2 гуруҳга бўлинди: асосий кузатиш гуруҳи – 90 (80.7±3.7%) бемор ва таққослаш гуруҳи (назорат гуруҳи) - 10 (19.3±3.7%) бемор. Асосий гуруҳ беморлари орасида хром-коболт билан 30 бемор, металл-керамика билан 30 бемор ва циркон тож билан 30 бемор бор.

Кўприксимон протезларининг таянч тишлари бўлган ва бўладиган 144 та тиш кўздан кечирилди. Таққослаш гуруҳида 24 та тиш ўрганилди.

Периодонтал тўқима, диагностик кузатувлар, кўприксимон конструкциянинг ўрнатилишидан олдин ва кейин, шунингдек, бирламчи ва такрорий протезлашдан кейин 1, 3, 6, 12 ой ичида таянч тишлар соҳасида ўтказилди. Тиш қаттиқ тўқималарида нуксон бўлган ва КДД билан касалланган барча беморларнинг клиник текшируви биз ишлаб чиққан махсус стоматологик карталар ёрдамида ва беморда олиб борилаётган илмий изланишлар тўғрисида ихтиёрий розилиги асосида ягона схема бўйича амалга оширилди. Шифокорлар касаллик тарихини ўрганишдан бошладилар, сўнгра бемор шикоят, шифокорга мурожаат қилиш сабаблари, ўтмишдаги ва бирга келган касалликлар, касбни аниқлади, ёмон одатлар ва хавф омилларини (чекиш, ижтимоий яшаш шароитлари, касбий меҳнат шароитлари, ёмон аҳвол) қайд этдилар. Гигиена, ортиқча вазн, компьютер юклари, мантиқсиз протезлаш ва яроқсиз ортопедик иншоотларнинг ишлаш муддати), аниқланган тиш хабардорлиги, гигиена қўникмалари. Ташқи текширув юзining ассиметриясини, оғиздан нафас олишни, лабларнинг жойлашиши ва эпителиининг ўзига хос хусусиятларини, оғизнинг очилиш даражасини, темпоромандибулар қўшма ва юз терисини, палпация ҳолатини баҳолаш билан бошланди. Лимфа тугунларини текшириш амалга оширилди, учинчи шахснинг муносабатларидаги ўзгаришлар, имплантларнинг мавжудлиги, мавжуд бўлган ортопедик тузилмалар (структуравий материални ҳисобга олган ҳолда олинadиган ва тургун протезларнинг ҳар хил турлари) аниқланди. Оғиз бўшлиғини текширганда, оғиз бўшлиғининг дахлизига (юқори ва пастки лаблар юганчаларига, узунлиги ва бириктирувчи жойлари борлиги), травматик окклюзиянинг мавжудлиги, оғиз мукозасининг ҳолатига эътибор бердик (танглай, ёноқ, тил, тиш гўшти - улар рангга, намликка, зичликка, шишга, патологик ўзгаришларнинг мавжудлигига эътибор бердик), тиш ва тишларнинг қаттиқ тўқималарининг ҳолати, патологик ҳаракатчанлиг текширилди. Иккиламчи қисман адентияларда протезлаш ва даволаш самарадорлигини ошириш учун металлокерамика ва циркон протезларидан фойдаланиш анъанавий даволаш усулидан фарқи тишларнинг йўқотилган тиш ўрнини самарали даволашга эришилади. Металлокерамика ва циркон протезларидан фойдаланиш тиш-жағ аномалияларининг самарали даволашда стоматологлар амалиётида муваффақиятли фойдаланишлари мумкин.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

СТОМАТОЛОГИК КЎРИГНИНГ НИКОХЛАНУВЧИЛАРНИ ТИББИЙ КЎРИҚДАН ЎТКАЗИШДАГИ ЎРНИ

*Рахматуллаева Д.У., Суръатов Д.Х., Махмуджонова Ш.У.
Стоматологик касалликлар профилактикаси кафедраси
Тошкент давлат стоматология институти*

Оила мустаҳкамлигини таъминлаш она ва бола саломатлигини ҳимоялаш ҳақида гап кетганда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2003 йил 25 августдаги “Никоҳланувчиларни тиббий кўриқдан ўтказиш тўғрисидаги низомни тасдиқлаш ҳақида”ги қарори ҳамда 2014 йил 1 августдаги “2014-2015 йилларда Ўзбекистонда аҳолининг репродуктив саломатлигини янада мустаҳкамлаш оналар, болалар ва ўсмирлар соғлигини муҳофаза қилиш борасидаги Давлат дастури тўғрисида”ги Қарори бу йўналишдаги ишларни янада юқори босқичга олиб чиқишда муҳим аҳамият касб этаётганлигини таъкидлаш керак. Ушбу қарорга асосан никоҳланувчи шахслар тиббий кўриқдан тўлиқ ўтишлари шарт деб белгиланган. Қолаверса ушбу дастурда никоҳга қираётган шахсларнинг никоҳдан олдин тўлиқ тиббий кўриқдан ўтишини таъминлаш, бу борада тиббиёт ходимларининг масъулиятини кучайтиришга ҳамда соғлом бола туғилиши учун ёш оналар парваришига эътибор қаратиш лозимлиги таъкидланган. Ўзбекистон Республикаси оила кодексининг 2003 йил 17- моддасини бажариш юзасидан ҳамда соғлом оилани шакллантириш, ирсиятга боғлиқ ва туғма касалликларга чалинган болалар туғилишининг олдини олиш учун шарт- шароитлар яратиш мақсадида Вазирлар Маҳкамасининг қарорида келтирилган маълумотлар:

Никоҳланувчи шахслар қонунга мувофиқ қуйидаги тиббий текширувлардан ўтишади:

- Рухий касалликлар кўриги;
- Наркологик касалликлар кўриги;
- Захм юзасидан текширтириш;
- Сил касаллиги юзасидан текширтириш;
- ОИВ/ ОИТС юзасидан текширтириш.

Аммо стоматолог кўриги кўрсатилмаган.

БЖССТининг берган маълумотида кўра, ҳаёт сифати ва унинг давомийлиги кўп жиҳатдан: ижобий ҳаёт тарзига -50-55%; ирсийга -20 %; атроф муҳитга -20% ва тиббиётга- 8-10 % ҳолатда боғлиқ бўлади.

АҚШнинг Миллий саломатлик институтларидан бирида ўтказилган тадқиқотлар натижасида 1-8-326 формуласи яратилди, яъни профилактик тадбирларига сарфланган 1 доллар- лаборатор текширувларга кетадиган 8 доллар ва касалликларни даволашга сарфланадиган 326 долларни тежашга олиб келади.

Тадқиқотнинг мақсади:

-Никоҳланувчи шахсларни стоматолог кўригидан ўтказиш.

-Никоҳдан сўнг ҳомиладорлик вақтида учрайдиган умумий стоматологик касалликларнинг олдини олиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари:

- Асосий текширув (анамез ва профилактик кўрик);
- Лаборатория текшируви;
- Стоматологик санитар-маориф ишлари;
- Оғиз бўшлиғи шахсий гигиена қоидалари мунтазамлигини аниқлаш;
- Стоматологик касалликлар мавжудлигини аниқлаш ва керакли даволаш-профилактик тадбирлар ўтказиш;
- Агар никоҳланувчи шахсларда стоматологик касалликлар бўйича ўзгаришлар аниқланса, касалликнинг даражаси (ҳолати) бўйича даволаш ва профилактик чора тадбирларни амалга ошириш;
- Агар никоҳланувчи шахсларда стоматологик касалликлар аниқланмаса, уларга стоматолог врачнинг имзоси қўйилган белгиланган намунадаги маълумотнома бериш;
- Тиббиёт муассасасининг муҳри ва раҳбарнинг имзоси билан берилган маълумотномани тасдиқлаш.

Тадқиқотдан кутилаётган натижа:

- Оғиз бўшлиғи шахсий гигиенаси қоидаларини тўлиқ ўзлаштириш.
- Она ва туғилажак боланинг соғлигини таъминлашга эришиш.
- Оғиз бўшлиғидаги тиш-жағ системаси патологик ҳолатларига барҳам бериш;
- Тишлар қаторида чайнаш фаолияти тиклаш.

ОНА ВА БОЛА СОҒЛИҒИГА ЭЪТИБОР – ЖАМИЯТГА, КЕЛАЖАККА ЭЪТИБОР

*Рахмонов Р.Р.–Тиббий биология ва гистология кафедраси мудири
Андижон давлат тиббиёт институти*

Жамиятнинг келажаги албатта ёшлар қўлида. Ёшларни жисмонан соғлом, маънан етук бўлиб вояга етишлари учун аввало уларнинг соғлом туғилиши ва соғлом вояга етиши муҳим аҳамиятга эга. Шунинг учун Ўзбекистон Республикаси Президентининг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисига йўллаган Мурожаатномасида она ва бола соғлиғига алоҳида эътибор беришга даъват этилди. Шу мақсадда 2021 йилдан бошлаб 15 ёшгача бўлган болалар ва ҳомиладор аёлларга 7 турдаги витаминлар, болалар учун

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

паразитар касалликларга қарши дори воситалари бепул тарқатилади. Бу жараён билан 2021 йилда – 11 миллион нафар, 2022 йилда – 17 миллион нафар аҳоли камраб олинади ва бу ишларга 100 миллиард сўм маблағ йўналтирилади.

Аёллар ва болаларни йод, темир, фолий кислотаси, витаминлар ва паразитларга қарши дорилар билан бепул таъминлаш орқали аҳоли ўртасида камқонлик 25 фоизга камайтирилади.

“Тиббиётнинг бирламчи бўғинини кучайтириш, айниқса, қишлоқ ва маҳаллаларда тиббий хизматни сифат жиҳатидан янги босқичга кўтариш зарур” – деб таъкидлайди, Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев. Бу борада бирламчи бўғинда умумий амалиёт шифокори ўрнига оилавий шифокор ва унга ёрдамчи сифатида 5 нафар ўрта тиббиёт ходимидан иборат “тиббий бригадалар” ташкил этилади.

Ҳар бир маҳаллада, энг аввало, 5 ёшгача болалар, шунингдек, туғиш ёшидаги ва ҳомиладор аёллар, ногиронлиги бўлганлар, қон-томир, онкологик, эндокрин каби касалликларга мойиллиги бўлган фуқаролар билан ишлашнинг алоҳида тизими жорий этилади.

Шу билан бирга, давлат томонидан бепул тиббий хизматлар ва дори воситалари рўйхати қайта шакллантирилиб, улар билан аҳолини кафолатли таъминлаш тизими босқичма-босқич йўлга қўйилади.

Шунингдек, тиббий хизмат кўрсатишда бирламчи бўғин қамровини кенгайтириш мақсадида келгуси 3 йилда 315 та “оилавий шифокор” пункти ва 85 та оилавий поликлиника ишга туширилади.

Бундан ташқари, “қишлоқ шифокори” дастури доирасида олис ҳудудларда иш бошлайдиган мингдан ортиқ врачга 30 миллион сўмдан ёрдам пули берилади ҳамда улар хизмат уйлари билан таъминланади.

Мурожаатномада аҳолини айниқса ҳомиладор аёллар, она ва болани саломатлигини муҳофаза қилиш борасида давлат аҳамиятига молик масалалар илгари сурилди. Бу даъват ушбу соҳа вакилларига катта масъулият юклаши билан бирга, фуқароларнинг конституциявий ҳуқуқларини амалиётда жорий этилаётганини намоён этади.

АҲОЛИ СОҒЛИГИНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИ ТАКОМИЛЛАШИШИ

*Рахмонов Р.Р. – Тиббий биология ва гистология кафедраси мудири
Андижон давлат тиббиёт институти*

Жамият ҳаётида тиббиёт ходимларининг ўрни алоҳида салоҳиятга эга. Чунки улар аҳолини соғлигини сақлаш, соғлом турмуш тарзини тарғиб этишборасида етакчи куч сифатида намоён бўлиб келади. Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисиغا йўллаган Мурожаатномасида тиббиёт ходимларининг меҳнатлари кадрланиб, уларнинг обрўси ва мавқеини оширишга, тизимни моддий-техник базасини мустаҳкамлашга алоҳида эътибор қаратилди.

Ўрта бўғин тиббиёт ходимлари – ҳамшира ва фельдшерларнинг обрўси ва мавқеини оширишга алоҳида урғу берамиз,– дейди мухтарам Президентимиз Шавкат Мирзиёев. Жумладан, 47 та Ибн Сино номидаги техникумларни ҳар йили битирадиган 20 мингдан ортиқ ўғил-қизларимиз тиббиётнинг бир нечта соҳаларида касб эгаси бўлиб чиқади. Бундан ташқари, “қишлоқ шифокори” дастури доирасида олис ҳудудларда иш бошлайдиган мингдан ортиқ врачга 30 миллион сўмдан ёрдам пули берилади ҳамда улар хизмат уйлари билан таъминланади. Олис ва чекка ҳудудларда бирламчи ва ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиш ва эҳтиёжманд аҳоли учун скрининг тадбирларига хусусий шифохоналар ҳам жалб этилиб, уларга субсидия ажратилади. Шунингдек, ўрта бўғин тиббиёт ходимларига “ҳамширалик иши” билан мустақил шуғулланиш учун рухсат берилади.

Ҳозирги кунда 12 мингдан зиёд фуқароларимиз оқ қон ва оғир ирсий гематологик касалликдан азият чекмоқда. Шу сабабли келгуси йилда онко-гематология соҳаси ҳамда даволаш қийин бўлган касалликлар бўйича мураккаб диагностика ва тиббий амалиётлар учун бюджетдан 250 миллиард сўм ажратилади. Ўткир буйрак етишмовчилиги бўлган 5 мингдан ортиқ бемор эса илк бор бепул гемодиализ хизмати билан камраб олинади ва шу мақсадлар учун бюджетдан 140 миллиард сўм йўналтирилади. Шунингдек, эндокрин касалликларни аниқлаш ва даволаш мақсадида ҳудудий шифохоналарда махсус бўлимлар ташкил этилади. Бунинг учун 2021 йилда бюджетдан 150 миллиард сўм ажратилади.

Яна бир масала – аҳолимизнинг катта қисмини қийнайидиган ўткир қон-томир касалликлари бўйича 35 та туманлараро марказ ташкил этамиз. Ушбу марказлар аҳолига инфаркт ва инсульт ҳолатларида тезкор ва малакали тиббий ёрдам кўрсатиш орқали ўлим ва ногиронликни камайтиришга хизмат қилади. Шу тариқа ҳар йили камида 30 минг нафар инсоннинг ҳаёти сақлаб қолинади.

Ушбу чора-тадбирлар халқимизнинг турли касалликлардан ҳоли яшашига хизмат қилади. Биз шифокорлар Президент даъватига “лаббай” деб жавоб берамиз ва фидокорона меҳнатимиз билан халқимизга хизмат қиламиз.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

БОЛАЛАР ОРАСИДА ГИЖЖА КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ТЎҒРИСИДА

М.М. Рахматова, Гуломиддинов Ботиржон I-курс магистр

Илмий раҳбар: ассистент Рахматова М.М.,

АДТИ Оилавий шифокорлари МО ва ҚТ, ССБ ЖСС кафедраси

Долзарблиги. Одам ва ҳайвонларнинг аъзо ва тўқималари ҳисобига яшовчи майда чувалчанглар – гижжалар (гельминтлар), улар келтириб чиқарадиган касалликлар гельминтозлар дейилади. Гельминтлар одамнинг нафас олиш, овқат ҳазм қилиш, мушак тизимида, жигар, талоқ, қон, мия, қўзғабосқа органларида паразитлик қилади. Гижжалар ичакнинг шиллик қаватига ёпишиб олиб, уни жароҳатлайди. Оқибатда ичак деворларида яра пайдо қилади ва қон кетишига сабаб бўлади. Ичакда яшовчи гижжалар асосан ичакдан тунда чиқади ва орқа чиқарув тешиги атрофида жуда кўп тухум қўяди. Касал одам аҳлатида гижжа тухуми ажралиб туради. Бир кунда бир жуфт эркак ва ургочи гижжа 220 мингтагача тухум қўяди. Аҳлат билан ерга тушган гижжа тухумлари тупрокда тез ривожланади. Шунинг учун ҳам гўштлар, сабзавот, мева ва ошқўқларни қўлни яхши ювмасдан истеъмол қилиш мумкин эмас, овқатланиш натижасида гижжа касалликлари қайта юқади.

Бу касалликда одамнинг вазни ҳамиша камаяди, унда ланжлик, жирракилик пайдо бўлади, бош айланади. Гижжа ичакда бўлса, ич қотади ёки ичи кетади, қўнғил айнийди, баъзан бемор қайт қилади, жигарда бўлса, қўз оқи ва бадан сарғаяди, шиш пайдо бўлади. Ўпкада бўлса, йўтал тутати, меҳнат қобилияти пасаяди, бола яхши ўсмайди, хотираси сусаяди ва ҳоказо. Ёш болалар инжиқ, паришонхотир бўлиб қолиши мумкин, мактаб ёшидаги болаларнинг эса жисмоний ва ақлий ривожланиши, хотираси сусайиб, ўзлаштириш қобилияти пасайиб қолади, катталарда меҳнат қобилияти бузилади. Касаллик манбаи бемор одам ва гижжалар билан зарарланган ҳайвонлар ҳисобланади. Гижжалар – чувалчанглар, ўзининг паразитлик ҳаётини одам организмидан ўтказувчи организмлардир. Бунда одам ёши роль ўйнамайди – катталар ҳам, болалар ҳам бир хилда касалланиши мумкин.

Бола туғилгандан бир неча ой ўтиб актив ҳаракат қила бошлайди, у атроф олами сезги органлари билан ҳис қила бошлайди, биринчи навбатда – қўллари билан. Қўллар ёрдамида қўлга илинган нарсаларни ушлаб қўради, ерда 4 "оёқлаб" юради ва бармоқларини оғзига олиб боради. Шундай йўл билан барча паразитларнинг тухумлари бола организмга тушади. Паразитлар турига қараб турли усулларда юқиши мумкин.

Паразит чувалчанглар 3 катта гуруҳга бўлинади:

Юмалоқ (нематодалар) – острица, аскарида;

Тасмасимонлар (сестодалар) – чўчкасолитёри, қора мол солитёри, эхинококк;

Яссичувалчанглар, сўрувчилар (трематодалар).

Тадқиқот мақсади. Болалар ўзига ўзи гижжа касалликларини юқирмаслик учун ёки даволашда амал қиладиган мутахассис шифокорларимизнинг тавсия-маслаҳатларига риоя қилишдан иборат.

Материаллар ва текшириш усуллари. Мазкур тадқиқот ишлари назоратимиздаги шаҳар аҳолиси доирасида ўтказилди. Гижжа касаллигига шубҳаланган болаларнинг ушбу касаллик асоратлари ҳақидаги билим даражаси сифат кўрсаткичини аниқлаш мақсадида стандарт ва индикаторлар тузилди, система картаси ишлаб чиқилди. Гижжа хасталиги асоратларининг олдини олиш бўйича оналари ўқитилди, ишларига салбий таъсир қилувчи омиллар таҳлил қилинди.

Хулоса ва тавсиялар: ОП врачларини гижжа касаллиги билан оғриган болаларда касаллик асоратларининг профилактикаси тадбирларини стандартларга асосланган ҳолда олиб бориш ўта муҳимдир. ОПШ қуйидаги тавсияларни бериши керак.

1. Барча шахсий гигиена қоидаларига ва даволаш режимида амал қилиш керак. Жумладан, овқат олдида ва ва ҳожатхонага бориб келгач, қўлларни совунлаб ювиш, баданни озода тутиш, ички кийим ва чойшаб, ўрин-кўрпа жилдларини тез-тез алмаштириб туриш.
2. Гўшт, сабзавот, мева ва бошқа маҳсулотларни ветеринария ва санитария назоратидан ўтказиш шарт.
3. Уй ҳайвонларини парвариш қилиш қоидаларига амал қилиш керак.
4. Сабзавот, мева ва бошқа маҳсулотларни истеъмол қилишдан олдин яхшилаб ювиш керак.
5. Острицалар бўлса, махсус кийим кийиб ухлаб ва уларни ҳар куни қайнатиб, иссиқ дазмол билан дазмоллаб туриш керак.
6. Ҳожатхонага бориб келгач, яна уйқу олдида ва уйқудан кейин орқа чиқарув тешик атрофини ювиб туриш ва унга вазелин суртиб қўйиш тавсия этилади.
7. Гўштларни тоза ювиб, яхши қовуриб ёки пишириб ёйиш тавсия этилади.
8. Фақат қайнатилган сув билан ювилган сабзавот, мева ва бошқа маҳсулотларни истеъмол қилиш лозим.
9. Гельминтозларга хос белгилар пайдо бўлганда албатта шифокорга мурожаат қилиш керак.
10. Болаларни кўчада дайди итлар, мушуклар билан ўйнашига йўл қўймаслик лозим.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ГИНГИВИТНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

*Рихсиева Д.Ф.- Болалар терапевтик стоматологияси 1-босқич магистри
Илмий раҳбар: Абдуллаев Ж.Р.- Стоматологик касалликлар профилактикаси кафедраси доценти
Тошкент давлат стоматология институти*

Мавзунинг долзарблиги: Бугунги кунда Пародонт тўқимаси касалликлари- ўз навбатида стоматологиянинг муҳим ва долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Гингивитларнинг аҳоли орасида учраш кўрсаткичи 98% гача етади ва уларнинг орасида энг кўп катарал гингивит асосан ёш болалар ва 13-25 ёш орасидаги аҳолида кузатилади. Албатта, гингивит касаллиги барча ёшда ва барча турдаги аҳоли қатламларида учраши мумкин. Лекин катта ёшдаги беморларда кўпинча парадонтит ва парадонтоз каби парадонт тўқимасининг нисбатан оғир турдаги касалликлари, гингивит касаллиги эса асосан ёш болалар ҳамда фаол ўсиш давридаги болалар орасида нисбатан кўп учрайдиган ҳолат ҳисобланади. (Антонова И.И. 1999; Орозов К.Е. 1991;). Болалар орасида парадонт касалликларидан энг кўп тарқалган тури- бу унинг яллиғланишли шакли, сурункали катарал гингивит бўлиб, у ўз навбатида яллиғланиш билан бирга турли эндо ва экзотоксинлар таъсири натижасида милк ва парадонт тўқимасида ўзига ҳос яллиғланишни келтириб чиқариши ва ҳатто катта ёш бўлганда ҳам сақланиб қолувчи асоратларни келтириб чиқариши мумкин. (Даминова Ш.Б 2019; Мирсалихова Ф.Л. 2019; Хамидов И.С 2019;). Тажрибада аниқланган фактлар шуни кўрсатадики, ўспирин яъни фаол ўсиш ёшидаги болаларда парадонт яллиғланиш касалликлари ўзининг агрессив кечиш жараёни, рецидив беришга яъни касалликнинг қайта хуруж беришга мойиллиги, ҳамда фармокологик дори воситаларига нисбатан чидамлилиқ пайдо қилиши билан алоҳида ажралиб туради. Шу билан бирга даволаш мақсадида фойдаланиладиган кўпчилиқ дори воситалари кимёвий табиатга эга бўлиб, бола организми учун ҳар доим ҳам хавфсиз восита ҳисобланмайдиган. (Цевух Л.Б., 2005; Киселева Е.А., 2007; Широкова О.И., 2007; Леонова Л.Е., 2015;). Шу сабабли ҳам болаларда сурункали катарал гингивитни даволаш жараёнида юқорида санаб ўтилган жиҳатларга алоҳида эътибор бериш лозим.

Мавзунинг мақсади: Болаларда сурункали катарал гингивит касаллигини даволаш усулларини такомиллаштириш орқали болаларда ушбу касалликни даволашнинг кечиктирилган ва қутилган натижага эришишнинг имкони етарли бўлмагандаги ҳолатларда парадонт тўқимасининг гингивитдан кейинги юзага келиши мумкин бўлган асоратларини олдини олиш.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: Пародонт тўқимаси касалликларини даволашда қўлланилувчи турли ҳилдаги замонавий фармакологик препаратлар (хусусан прополис асосидаги Пропосол препарати) ва замонавий аппаратлар ҳамда физик ва кимёвий усулларни қўллаш орқали болаларда сурункали катарал гингивитни даволаш усулларини янада такомиллаштириш;

Тадқиқот натижалари: Илмий текшириш натижалари орқали болаларда сурункали катарал гингивитни даволашнинг янгича замонавий комплекс усулларини амалиётда ўрганиш, ушбу касалликни даволашда қисқа вақт ичида юқори натижага эришиш;

Хулоса: Болаларда сурункали катарал гингивитни даволашда қўллаш назарда тутилган прополис асосидаги пропосол препарати микробларга қарши, антибактериал, антиоксидант, яллиғланишга қарши, регенерация жараёнларини стимулловчи, кучли оғриқ пайтида анестетиклик яъни оғриқ қолдирувчи хусусиятга эга бўлиб, парадонт тўқимаси касалликларида, шу жумладан гингивит касаллигини даволашда ҳам самарали натижа беради.

ДОРИ МАҲСУЛОТЛАРИНИ ЭРИШ КИНЕТИКАСИНИ МАТНСАД ДАСТУРИДА МОДЕЛЛАШТИРИШ

*Рустамов М.М., Мирзакаримов Б.А.
Биологик физика, информатика ва тиббий технологиялар кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мақоланинг долзарблиги. Ҳозирги пайтда жаҳон фармацевтик бозорида кўп доривор воситалар генерик препарат ҳисобланади. Бундай препаратлар оригинал дори воситалари каби (сифат ва миқдор жиҳатдан) актив субстанция таркибига эга. Лекин генерик препаратлар ҳақиқий маҳсулотдан самарадорлиги ва хавфсизлиги жиҳатдан фарқланиши мумкин.

Генерик дори воситаларни сифати, самарадорлиги ва хавфсизлигини асослаш учун уларни биоэквивалентликка [1] мослиги тадқиқотлари ўтказилади. Дори препаратларини ташкил этувчи моддалар таъсири бир хил ҳисобланса, улар биоэквивалент деб аталади. Генерик биоэквивалентни аниқлашнинг оддий ва самарали усули бу тиббий препаратларнинг эриш кинетикасини ўрганишни “in vitro” тадқиқ қилиш ҳисобланади. Доривор формаларни эриш кинетикаси механизмини ўрганиш ва тушуниш учун бу жараёнларни математик моделлаштириш муҳим аҳамиятга эга.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Ушбу ишнинг мақсади қаттиқ шаклдаги доривор препаратларнинг эриш кинетикасини оддий ва кўргазмали математик моделини яратишдан иборат. Ушбу мақсадга эришиш учун қуйидаги масалалар шакллантирилади ва ечилади:

1. Дифференциал тенгламалар ишлатиш ёрдамида қаттиқ шаклдаги доривор препаратларни эриш кинетикасини математик моделини яратиш. Бунда математик тенгламалар тиббиёт соҳасидаги талабалар учун оддий ва тушунарли бўлиши лозим.
2. Дифференциал тенгламалар системасини ечиш учун фарқ алгоритмини тузишни лойиҳалаш ва уни Mathcad дастур муҳитига мослаш.
3. Mathcad дастури муҳити ёрдамида фарқ тенгламалар моделини сонли ечиш.
4. Олинган натижаларни таҳлил қилиш, умумлаштириш ва қонуниятларни топиш.

Хулоса. Олинган ечимлар графиклар орқали кўрсатилган. Ишлаб чиқилган модел қаттиқ шаклдаги доривор препаратни суюқликда эриш кинетикасини ўрганишга имкон беради.

МУРОЖААТНОМАДА ИЖТИМОЙ ҲИМОЯ МАСАЛАСИ

Сарбоева Шукрона—даволаш факультети 305- гуруҳ талабаси
Илмий раҳбар - Хаджамуратова М.Х.
АДТИ Ижтимоий-гуманитар фанлар кафедраси доценти

Аҳолининг турмуш даражасини ошириш, уларни билим олишларини кафолатлаш, кадрлар тайёрлаш, қайта тайёрлаш, малакасини ошириш, ишга жойлаштириш, ишсизликдан ҳимоялаш ва ижтимоий муҳофаза қилиш республикамизда амалга оширилаётган ислохотлар даврида ўзининг амалий ечимини топмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев таъкидлаганидек, “Ислохотларимиз самарасини ҳар бир инсон ўз ҳаётида ҳис этиши учун қабул қилинаётган ҳужжатлар ижросини ўз вақтида ва самарали таъминлаш лозим”.

Ижтимоий ҳимоя –демократик давлатнинг муҳим тамойилларидан биридир. Давлатнинг ижтимоий ёрдами – меҳнатга лаёқатсизлик, ишсизлик, даромад манбаи мавжуд бўлмагани сабабли мустақил равишда ўзини моддий таъминлай олмаган шахсларга давлат томонидан бериладиган ёрдам.

2020 йил аҳолини ижтимоий ҳимоя қилиш борасида туб бурилиш йили бўлди, десак, муболаға бўлмади, – дейди Мухтарам Президентимиз Шавкат Мирзиёев. Аввало, аҳолининг муайян қатлами ўртасида камбағаллик мавжудлигини биринчи марта тан олиб, уни қисқартириш бўйича кенг қамровли ишлар бошланди.Барча туман ва шаҳарларда, ҳар бир маҳаллада эҳтиёжманд оилалар, аёллар ва ёшлар билан манзилли ишлаш бўйича мутлақо янги – “темир дафтар” тизими жорий этилди. Қисқа муддатда бу тизим орқали 527 минг фуқаронинг бандлиги таъминланди.

Бундан ташқари, ўзини ўзи банд қилган аҳоли учун солиқ имтиёзлари берилиши ҳамда кўпгина чекловларнинг бекор қилиниши туфайли 500 минг нафар фуқаро меҳнат фаолиятини қонуний тарзда йўлга қўйди.Биргина 2020 йилда ижтимоий нафақа олувчилар қамрови 2 баробарга оширилиб, 1 миллион 200 минг нафарга етказилди. Ушбу мақсадларга бюджетдан 2016 йилга нисбатан 5 баробар кўп маблағ ажратилди.Кичик ёшдаги болаларни мактабгача таълим билан қамраб олиш даражаси 4 йил давомида 2 баробар ортиб, 60 фоизга етди. Боғчалар сони эса 3 баробарга кўпайиб, 14 мингдан ошди. 2020 йилда олий таълимга қабул параметрлари 2016 йилга нисбатан 2,5 баробарга ўсди, ёшларимизни олий таълим билан қамраб олиш даражаси 9 фоиздан 25 фоизга етди.Эҳтиёжманд оилаларнинг фарзандлари, чин етим, ногиронлиги бўлган ва даволанишга муҳтож болаларга меҳр-мурувват кўрсатишнинг янги тизими яратилди.Эҳтиёжманд оилаларнинг мингга яқин қизлари илк бор олий ўқув юртларига алоҳида давлат грантлари асосида қабул қилинди.Мурожаатномада таъкидланганидек, эндиликда 900нафар чин етим ёшларни уй-жой билан таъминлашга 50миллиард сўм ажратилади.Болаларни қўллаб-қувватлаш жамоат фонди ташкил этиб, унга 100 миллиард сўм йўналтирилади.

ОИЛА – ИНСОНИЯТНИНГ ЯШАШ ТАРЗИ, ИЖТИМОЙ ҲАЁТНИНГ МУХИМ, ЭНГ ҚАДРЛИ ЗИЙНАТИ

Д.Содиқова - даволаш факультети 201 гуруҳ талабаси
Ю.О.Эргашева - Хорижий тиллар кафедраси ўқитувчиси

Ривожланган давлатларнинг оилавий сиёсат вазифасига оила институтларини мустаҳкамлаш киради. Ўзбекистонда бу масалага алоҳида эътибор қаратилган.Бунга мисол бўлиб 1998 йил «Оила йили», 2012 йил «Мустаҳкам оила» йили деб номланганлигини айтишимиз мумкин.

Ёшлар, ота-она ва қариндошлар талаби ёки ўз тасаввурлари билан турмуш қуриб (стереотиплар асосида), оилавий ҳаёт қонун-қоидалари моҳиятини англашда қийналишмоқда. Уларнинг кўпчилиги кейинчалик ҳеч нарсани ҳис қилмай ажралишмоқда.Ёшларнинг оилавий ҳаётга маълум бир тайёргарлик

билан қадам қўйиши мустаҳкам оиланинг асосий негизидир. «Оилавий ҳаётга тайёргарлик» тушунчасига ижтимоий-ахлокий, мативацион, руҳий ва педагогик тайёргарлик киритилади.

Оилавий ҳаётга ижтимоий-ахлокий тайёргарлик бу етуклик (ёш, ўрта маълумот, касб, ахлокий тушунча даражаси), иқтисодий мустақиллик, соғлиқ ҳисобланади. Уларнинг айримларини физиологик тайёргарлик нуктаи назаридан кўриш мумкин. Иқтисодий тадқиқотларда эрта қурилган оилалар, эр-хотинлар ўртасидаги муносабатлардан қониқишга таъсир қилувчи муҳим омил сифатида қабул қилинади. Бунга сабаб ёш даврадаги шахс идентификациясининг номутаносиблиги бўлади. Ўзбекистон Республикаси Конститутциясининг 63 - моддасида йигитлар 18 ёшдан, қизлар 17 ёшдан оила қуриши мумкин деб айтилган. Аммо тиббиёт нуктаи назаридан оила қуриш учун қизлар 22 – 23 ёш, йигитлар 23 -28 ёш деб тавсия қилинади. Муваффақиятли ва муваффақиятсиз оилаларни ўрганишда (муваффақиятли турмушда эр-хотиннинг ҳар иккаласи ҳам ўзаро муносабатлардан қониқади ва оилани мустаҳкам деб ҳисоблайди), муваффақиятли оилаларнинг 43%да, муваффақиятсиз оилаларнинг 69% да аёллар 15 – 17 ёшда оила қуришган. Оилаларнинг асосий муаммолари бола тушиши, нимжон ва (инвалид) ногирон болаларнинг туғилиши ҳисобланади. Андижон шаҳридаги «Оила» илмий-амалий маркази вилоят бўлимининг маълумотида кўра, бузилган оилаларнинг кўпларида эркаклар 21 ёшгача бўлган. Ёшларнинг ахлокий онг даражаси – оила қуришга тайёргарликнинг бири ҳисобланади. Ахлокий онгнинг ривожланиши оиланинг ижтимоий аҳамиятини тушунишда, никоҳга бўлган жиддий муносабатда, умр йўлдошни танлашда, бўлажак турмуш ўртоғига, бошқа оила аъзоларига бўлган ҳурматда, улар билан мулоқотда кўринади. Оилавий ҳаётга тайёргарлик ва уни мустаҳкамлаш оила қураётган ёшлар саломатлигига ҳам боғлиқдир. Бироқ саломатлик бир кунда эмас, балки ҳаёт давомида тикланади. Соғлом турмуш тарзи инсонни маънавий маданиятини ривожлантириш, оилавий муносабатларни мустаҳкамлаш, одамлар билан ахлокий ва ўртоқлик муносабатларни тиклаш, оилавий ҳаётда юз берадиган руҳий – ҳиссий қийинчилик ҳамда стресс ҳолатларини осон енгиш билан белгиланади.

Оилавий ҳаётга мотивацион тайёргарлик – оиладаги муносабатлар қандай мотивлар асосида қурилатгани ва бу мотивлар бир-бирига мос келганлигида аниқланади. Одатда битта мотив эмас, балки бир неча етакчи мотивлар асосида оила қурилади. Маълумки, кўпчилик оилалар севишиб қурилган оилалардир. Социологлар ҳисобича бундай оилалар тахминан 50-55% ташкил қилади. Бироқ бизнинг минтақада кўп оилалар ота-оналар талаби, истаги асосида қурилади.

Оила қуришда таъсир кўрсатадиган омиллар.

Ота-оналар таъсир қилди _____ 84.6 %

Қариндошлар таъсири _____ 6.1 %

Севги _____ 3.8 %

Шароит _____ 5.5 %

Бундан кўринадики, кўпчилик ёшлар муҳаббатсиз, умр йўлдошга ҳеч қандай ҳиссиз оила қуришган. Шунинг учун ўзбек оилаларида сеvgи, муҳаббат асосий омил ҳисобланмайди. Айтиб ўтишимиз керакки, миллий одат ва анъаналарига асосланган ўзбек оилаларининг турғунлиги ҳамда стабиллиги (муқаррарлиги) билан фарқ қилади.

Оила қуришга руҳий тайёргарлик – бу мулоқот малакаси, оилада соғлом маънавий, руҳий муҳит яратиш, шахснинг иродавий сифатлари, ҳиссиётлари ва характери турғунлигининг борлигидир. Ажралишнинг асосий сабаби оилавий ҳаётга қадам қўяётган йигит-қизларнинг руҳий ва амалий тайёр эмаслигидир. Бундай тайёргарлик йўқлиги эр-хотиннинг бир-бирига бўлган қўполлигида, бир-бирини камситиши ва ҳақоратлашида, бир-бирига эътиборсизлигида, ягона қизиқишларининг йўқлигида, можарони юмшатиш ёки бартараф қила олмаслигида, жанжалларни янада кучайтиришида кўринади. Турмуш қуришга тайёр йигит-қизларнинг оилавий муҳитидаги тарбия уларнинг кейинги ҳаётида муҳим роль ўйнайди. Оилани мустаҳкамлашда, оилавий муаммоларнинг тўғри ҳал қила олишда, моддий қийинчиликларни бартараф қилишда аввало оилада олган тарбия, оиладагиларнинг тарбияланганлиги муҳим аҳамиятга эга.

Оила қуришга педагогик тайёргарлик – педагогик, иқтисодий-маиший малака ва кўникмаларга эга бўлиш ҳисобланади. Педагогик билимларга оилавий ҳаётга қадам қўяётган ёшларнинг бола ривожланиши қонуниятларини билиш, тарбия хусусиятлари, чақалокни парвариш қилиш малакаларига эга бўлиш киради. Иқтисодий-маиший малака ва кўникмалар деганда оила бюджетини режалаштириш, тасдиқлаш, маиший масалаларни ташкиллаштириш, умуман, олганда оила шароитини ҳар томонлама яхшилаш тушунилади. Бунда, ёш оила ҳаётига бўлган ота-оналар ва бошқаларнинг таъсири, анъанавий шарт - шароитлар, оиланинг миллий хусусиятлари асосий роль ўйнайди. Уй хўжалик ишларини эплай олмаслик, уй ишлари ва фарзанд тарбиясида иштирок этишни хоҳламаслик оилавий муносабатларни ёмонлашишига олиб келади.

Жинсий тайёргарлик оилага бўлган муҳаббатни сақлаш мақсадида эр -хотин ўртасидаги ўзаро муносабатларни тўғри тушуниш, оилавий ҳаётда жинсий (интим) томонлар ҳақида зарур тушунчаларга эга бўлиш тушунилади.

Сексологлар кўп дуч келадиган ҳолат бу тўйдан кейинги биринчи тунда юз берадиган ёш келин-куёвларнинг бир-бирига бўлган муносабатларидан келиб чиқадиган муаммолардир. Ҳозирда телевидение ва интернетнинг ривожланиши, ғарб маданиятини кириб келиши, ёшларнинг сексуал билимларини ошираётганлигини эътиборга олишимиз жоиз. Бу ҳолат ўзбек оилаларида жинсий алоқадан қониқмаслик сабаблари билан ажралишларга олиб келмоқда.

Хулоса қилиб шуни айтишимиз мумкинки ёшларни оилавий ҳаётга тайёрлаш муҳим аҳамият касб этади. Ҳозирда Халқ Таълими Вазирлиги томонидан мактаб ва коллежларда оилавий ҳаётга тайёргарлик кўриш курслари ёшларни жинсий муносабатларга тайёрлаш соатлари киритилган. Лекин бизнинг миллий хусусиятларимиз, тарбиямиз хусусиятлари, уятчанлигимиз сабабли бу муаммолар очикчасига айтилмайди. Шундан келиб чиқиб, ёшлар тарбиясида этник, анъанавий, диний аспектлар ва менталитетнинг ўзига хослиги ёшларни оилавий ҳаётга тайёрлашга тўғри ёндошишни талаб қилади, ҳамда бу тайёргарлик этнорегионал характерга эга эканлигини кўрсатади. Оилавий ҳаётга тайёрлаш курсларини ҳар тамонлама, янада чуқурроқ ишлаб чиқишни талаб қилади деб ўйлаймиз.

Оила инсоннинг камол топиши, дунёқарашининг шаклланиши учун шарт-шароит яратадиган тарбия масканидир. Инсон ақлу тафаккурининг парвози ҳам ана шу майдондан, оила бағридан бошланади. Унинг энг биринчи вазифаси жамиятга, давлатга жисмоний соғлом, маънан етук, истеъдодли авлодни етказиб беришдир. Насл-насабнинг тозаллиги оилалардан бошланади. Оиланинг илдизи вақувват бўлса, иймон-этикод қатламлари мустаҳкам бўлади.

Аёлнинг жамиятдаги фаоллиги, аввало оиланинг мустаҳкамлигига, оқил ва билимдон фарзандларни тарбиялаб, камолга етказишдек улкан масъулиятни адо этиш билан белгиланади. Шу боис унинг шаъни, обрў-этибори, мавқе-даражаси ҳам оиласидаги оналик мартабаси, аёллик вазифасига қараб баҳоланади. Бизнинг Шарқда эса қадимги аёл учун оила энг муқаддас ошён, ҳар нарсадан устун турувчи қадрият ҳисобланади. Ҳар қандай шароитда ҳам у халқнинг тинчлик-хотиржамлиги, фарзандларнинг соғ-саломатлиги учун қайғуради, оиласини турли-туман ташвишлардан ҳимоя қилишга ўзидан куч топа олади. Буни эса ҳақиқий маънодаги фидоийлик дейиш мумкин.

Ҳар бир инсоннинг ўз руҳий олами бўлади. Бу оламда унинг учун энг қадрли, энг суюкли бўлган чехралар, лаҳзаларда этикод ва қадриятлар яшайди. Бу оламдаги энг муҳим нукта, барча эзгуликларни бирлаштириб турувчи марказ эса – оиладир.

Инсоният тараққиёти давомида энг муҳим ижтимоий қурилма, чинакам қадриятга айланган оила чиндан-да. “табиатнинг шоҳ асари” деган юксак баҳога лойиқ. Норасида гўдак доду фарёд билан дунёга келади. Уни оила ўзининг иссиқ бағрига олиб юпатади, ювиб-тараб парвариш қилади. Мурғак жонлар эса шу муқаддас масканда яхши-ёмоннинг фарқини англайдилар, ҳар жиҳатдан камолга етадилар, қариндош-уруғларига, эл-юртига хизмат қилишни ўрганадилар.

Вақт соати келиб, оила паноҳида вояга етган навқирон инсоннинг ўзи ҳам оила куради. Катта оила унга кўрсатган меҳру муруватни кексайиб қолган ота-онасига, бобо-бувисига қайтаради. Аждодлар анъанасини давом эттириб, оиланинг янги аъзоларига паноҳ бўлади, раҳнамолик қилади. Ҳаёти поёнига етганда уни охириги йўлга ҳасрату армон билан оиланинг кейинги авлоди кузатиб қолади. Оила – инсониятнинг яшаш тарзи, ижтимоий ҳаётнинг муҳим, энг қадрли зийнати. Бизга ҳеч ерда оиламиздагичалик интиқ эмаслар. Биз ҳеч маконда ўзимизни оила даврасидагидай хотиржам, хушбахт сезмаймиз. Ютуқларимиздан севиниб, ғурурланадиган ҳам, аввало оиламиздагилардир. Йўлдан тойсак, қийналсак – кўмакка шошилиб қўллайдиган ҳам оиламиз аъзоларидир. Уларнинг ниятлари эзгу хизматлари беминнат. Оилани эъзозлаш, уни муқаддас деб билиш халқимизнинг қон-қонига сингиб кетган. Фарзандлар парвариши, тарбиясига, биринчи галда ота-оналар масъуллиқ қиладилар. Ёш оилаларда дастлабки фарзандлар туғилганда эса, янги бўғинга бир эмас, иккита катта оила раҳнамо ва елкадош бўлади. Тегишли давлат муассасалари, маҳалла кўй, кўни-қўшни, қариндош-уруғлар ҳам ўрни билан кўмакка шай бўлиб турадилар.

Оиланинг олтин кўрғони асрлар давомида пайдо бўлган. Оила кўрғонига нисбатан “олтин” сифатлашини бежиз ишлатмадик. Агар кўрғон олтиндан бўлса, демек бу кўрғон олтиндан-да қимматроқ нарсани асраш учун барпо қилинган бўлиб чиқади. Оилавий муносабатлар, эзгу умидлар, ҳимматга бой, ашёлар ва анъаналар олтин кўрғон ичидаги бебаҳо хазинадир. Бу хазина халқни халқ, миллатни миллат қилиб турувчи маданиятимиз ва маънавиятимизнинг ўзагини ташкил этади.

Аёллари пок, тарбия кўрган, маънили миллатни ҳеч қачон енгиб бўлмайди. Чунки у фарзандига дастлабки тарбияни оппоқ сути, меҳри билан беради. Она – аёл фарзандларини Ватанни севишга, уни ардоқлашга, ҳимоя қилишга ўргатади. Она. Бу сўзнинг замирида олам-олам маъно ато этганки, у бирор жонзотга берилмаган.

Фарзанд дунёга келди ҳам дейлик. Энди янада масъулиятлироқ бир вазифа бор. У ҳам бўлса уни аҳли солиҳ инсон сифатида камол топишини таъминлаш. Бу ҳамманинг ҳам қўлидан келавермайди.

Фарзандни аҳли солиҳ, комил инсон сифатида тарбиялашнинг турли усул ва йўллари бор. Энг асосийси ҳар бир тарбиячи-инсон ана шу усул ва йўللاردан қай даражада унумли фойдаланишига боғлиқ.

Ана шундай тарбия усулларида бири ва айтиш мумкинки, энг асосийларидан бири бу шубҳасиз-алладир.

Кимдир бу масалага сал бошқачароқ назар билан қарар. Балки, кимдир унинг теран мазмун ва моҳиятини чуқур тушунмас. Лекин барибир алла асрлар давомида тарбиянинг энг муҳим воситаларидан бири бўлиб қолмоқда.

Алла эшитганмисиз? Алла шундай сеҳрли кучга эгаки, уни бошқа миллат боласи эшитса ҳам лабида кулгу билан ухлаб қолганини билмай қолади.

Хўш, фарзанд тарбиясида алланинг ўрни қандай?

Алла айтай жоним болам, қулоқ солгин алла,

Ширин алла тинглаб аста
Ухлаб қолгин алла.
Истикболинг порлоқ сени
Жажжигинам алла-ё,
Бахтимга сен катта бўлгин
Камол топгин алла,
Алла болам-о, алла,
Кўрар кўзим, алла.

Она. Бу сўзнинг замирида олам-олам маъно ато этганки, у бирор жонзотга берилмаган.

Фарзанд дунёга келди ҳам дейлик. Энди янада масъулиятлироқ бир вазифа бор. У ҳам бўлса уни аҳли солих инсон сифатида камол топишини таъминлаш. Бу ҳамманинг ҳам қўлидан келавермайди.

Фарзандни аҳли солих, комил инсон сифатида тарбиялашнинг турли усул ва йўллари бор. Энг асосийси ҳар бир тарбиячи-инсон ана шу усул ва йўллардан қай даражада унумли фойдаланишига боғлиқ.

Ана шундай тарбия усулларидан бири ва айтиш мумкинки, энг асосийларидан бири бу шубҳасиз-алладир.

Кимдир бу масалага сал бошқачароқ назар билан қарар. Балки, кимдир унинг теран мазмун ва моҳиятини чуқур тушунмас. Лекин барибир алла асрлар давомида тарбиянинг энг муҳим воситаларидан бири бўлиб қолмоқда.

Алла эшитганмисиз? Алла шундай сеҳрли кучга эгаки, уни бошқа миллат боласи эшитса ҳам лабида кулгу билан ухлаб қолганини билмай қолади.

Хўш, фарзанд тарбиясида алланинг ўрни қандай?

Алла айтай жоним болам, қулоқ солгин алла,

Ширин алла тинглаб аста

Ухлаб қолгин алла.

Истикболинг порлоқ сени

Жажжигинам алла-ё,

Бахтимга сен катта бўлгин

Камол топгин алла,

Алла болам-о, алла,

Кўрар кўзим, алла.

Хўш, тарбиянинг, маънавиятнинг оиладан, онадан бошланиши қуйидагиларда намоён бўлади:

- алла айтишда, она алласини эшитган бола, албатта иймонли бўлади;

- яхши эртаклар айтиштишда, она айтган эртаклардан миллийлик, мардлик ва ҳалоллик, меҳнатсеварлик, бағрикенглик ғоялари уфуриб туриши лозим;

- бамаъни ўйинчоқлар олиб бериш, биргаликда уларни яшаш болани сабрга, тежамкорликка, ота ва онанинг меҳнатини қадрлаб, уларга тақлид қилишга ўргатади;

- маънили китоблар ўқиб бериш, уларни танлашга ўргатиш, шеърлар ёдлатиш фарзандни нафақат саводли қилади, балки фикрлаш жараёнини тезлаштириб, хотирасини мустаҳкамлайди, яна унинг маънавий дунёкарашини кенгайтиради, маърифатлиликнинг қадр-қимматини англашга ундайди;

- маълумотларга нисатан тўғри муносабатини тарбиялаш, зеро, XX I аср боласи маълумотлар уммонида яшамокда, қаерга қарамасин, нимани тингласин ёки томоша қилмасин, улардан минглаб ва миллионлаб ахборотлар оқими мурғак онгига кириб боради Ота-онанинг вазифаси уларни саралашга ўргатиш, кўз, қулоқ, тил зиносидан асраб, яхшиликка йўғрилган эзгу ниятлар қилишга ўргатишдир.

Оиладаги маънавий муҳитни мўътадил ушлаш, вақти келганда ота ёки она томонидан ўз фарзандини, набирасини “сизлаб” гапириши, эр-хотин муомласи ҳам азалий шарқона мулозаматларнинг бўлишига бориб тақалади. Айнан шу йўл билан оиладаги каттаю кичикни илғаб олиб, муомла қилишга ўргатиш аҳиллик ва ҳамфикрликнинг заминини яратади. Кўпинча оилаларда учрайдиган нотинчлик ҳолатлари остида арзимаган сабаблар ётади. Бунга айниқса. Оиладаги бекаларнинг уқувсизлиги, оила ҳаётига бепарволиги, оддий, самимий муомала маромларини билмасликлари ҳам сабаб бўлиши мумкин. Оилада фарзандларимиз ота-оналарининг бир-бирларига бўлган муносабатларига қараб иззат-хурматни, муомалани ўрганиб боради. Ота-оналаримиз бир-бирларига меҳрли бўлсалар, ширин муомала қилсалар, болалар ҳам шунга қўниқма ҳосил қилиб, шундай муомалага ўрганадилар.

Оила деб аталмиш аравани тортиб бораётган эр ва хотиннинг бир-бирига елкадош бўлишини, ўзаро одобларини, бир-бирига бўлган меҳрибонликларини кўрган фарзандлар улардан ўрнак оладилар ва уларга ўхшашга ҳаракат қиладилар. Чунки айтган насиҳатингизни эсдан чиқариши мумкин, аммо кўрганини ҳеч эсдан чиқармайди.

Афсуски ҳамма оилаларда ҳам оддий, инсоний ўзаро ҳурмат ва меҳр-оқибат мавжуд эмас. Баъзи оилаларда эрни ҳурмат қилиш ўрнига, уларга ҳукумрон бўлиш, уларни “ўз измига солиш”га бўлган интилиш ҳоллари ҳам учрайди. Бундай оилада эрнинг хотинга бўлган ҳурмати, меҳри сусайиб боради, бора-бора эса йўқолади, меҳр нафратга айланади. Энди эр ўз хотиндан топмаган меҳрни, ҳурматини бошқалардан кидира бошлайди ва оила мустаҳкамлигига путур етади.

Оилани Ватан ичида ватан, ижтимоий ҳаёт ўчоғи, инсон камолатининг пойдевори деймиз.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Хуллас, унинг минг бир таърифи бор ва уларнинг ҳаммаси ўз ўрнида тўғри. Бироқ барча қиёслар қандайдир ришталар билан тарбия масаласига келиб боғланади.

Оиланинг тарбия ошёни, тарбия ўчоғи эканини таъкидлайверади. Шу маънода олиб қарайдиган бўлсак, бу гўшадаги ҳамма нарса катта аҳамиятга эга. Ҳар бир шахс фақат оиланинг эмас, Ватаннинг, жамиятнинг бир ёруғ парчасига айлнсагина озодлик, ободлик тушунчалари юракдан жой олади.

Оиланинг муқаддас даргоҳ эканлиги бизга ота мерос. Биз ва болалар меросни авлодларга етказиш учун мустаҳкам кўприк вазифасини ўташимиз керак. Бу кўприкни ўзимиз кўпора бошласак, эртага келажак авлоднинг кўзига қандай қараймиз?

Жамият таянчи соғлом оиладир. Асрлар давомида оила муқаддас сақланиб келинганлигига қарамай, арзимас сабабни важ қилиб қайнона келин ёки эр–хотиннинг мурасизлиги туфайли рўзгоридан кут–барака ўчиб кетаётган оилаларни кўриб, ҳайратланасан киши. Шу ўринда Ўзбекистон Қаҳрамони, шоир А. Ориповнинг фил ва чумоли ҳақидаги тўртликни эслайлик:

Филга айланибсан, чумоли, нечун?

Рўзгоримдан кўнглим тўклиги учун.

Чумоли бўлибсан, сўйла, фил, нечун?

Рўзгоримдан тинчим йўклиги учун.

Демак оилалар тинч–тотув яшаса, жамиятга келтирадиган ютуқлар ҳам кўпаяди, фарзандлар яхши тарбия олади.

Бугун бутун таълим тизими, маҳалла, жамоат ташкилотлари, ҳар бир оила фарзандлари тарбиясида шарқона муомала ва одобга катта аҳамият берилиш зарур.

Турли тоифадаги оилалар – тўлиқ ва нотўлиқ, катта ва кичик, бўлинган ва бўлинмаган оилалар мисолида шуни кўриш мумкинки, боланинг тарбия даражаси, энг аввало, оиланинг таркибига, қолаверса, ундаги муносабатларнинг характериға бевосита боғлиқ. Оилавий низолар, ажралишларнинг сабаблари таҳлилидан яна шу нарса аён бўладики, оила муҳити, ундаги муносабатлар юқорида таъкидланган инсоний сифатлар шаклланишида ижобий ҳам, салбий ҳам роль ўйнаши мумкин. Демак ёшларни оилага ижтимоий жиҳатдан тайёрлаш фаол тарбияни тақозо этади. Шундагина биз ўз оиламиздан турган ота–оналикдек масъулиятли ва шарафли бўлган катта масъулиятни адо этиб, мамлакатимизга ҳақиқий баркамол авлодни воёга етказиб берган бўламиз.

ЭНДОСКОПИК РЕТРОГРАД ПАНРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ВА ЭНДОСКОПИК ЛИТОКЭСТРАКЦИЯДАН СЎНГИ БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

*Суюнов Д.М. АДТИ факультет ва госпитал жаррохлик кафедраси мустақил изланувчиси
Илмий раҳар: профессор М.М.Мадазимов факультет ва госпитал жаррохлик кафедраси профессори*

Мавзунинг долзарблиги: Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (ЭПХГ) ҳозирги кундаги билиар тизим хасталикларни ташхислаш 79-98 % аниқликда ташхислаш ва холедохолитиазни даволашнинг 96.9% самарали усули бўлиб ҳисобланади. (Аминов И.Х. 2013 й.)Лекин шунга қарамадан бу муолажадан сўнг турли муаллифлар маълумотларига кўра 1,3% дан 39% гача билиар панкреатит ривожланади. Охириги йиллар адабиётидаги таҳлиллар яна кўрсатади-ки, панкреатит билан кўпроқ 35-50 ёшдагилар хасталанишади, бирламчи ногиронлик-15%-ни, илк 10 йил ичидаги панкреатит диагнози қўйилгандан кейинги даврда ўлим частотаси -20%-ни ва панкреатит асоратидан бўладиган ўлим 15-20%ни ташкил этади [Schneider A.et.al.,2007; Белоусова Е.А ва б.к., 2008].

Мавзунинг мақсади: Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (ЭПХГ) такшируви ва эндоскопия литоэкстракциясидан сўнги билиар панкреатит профилактикаси

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Фарғона вилояти кўп тармоқли шифохонаси ва РШТЁИМФФ жаррохлик бўлимларида холедохолитиаз ташхиси билан ЭРПХГ ва литоэкстракция қилинган беморлар таҳлил қилинди. Бунда жами 50 та бемор танлаб олинди шундан 29 таси аёллар ва 21 нафари эркеклар кишини ташкил этди. Асосий гуруҳдаги беморларга ЭРПХГ текширувидан 2-3 соат олдин контриленис 20 000 Ед, ва Рабелок 20 мг физиологик эритма билан вена ичига юборилди. Антиабактериал дори воситалари тавсия этилди. Назорат гуруҳидаги беморларда эса бу муолажалар ЭРПХГ дан бир неча соатдан сўнг мамалга оширилди.

Тадқиқот натижалари:Натижалар шуни кўрсатдики назорат гуруҳидаги беморларни 7,2% да қоринда камарсимон оғриқ ва қонда амилазани миқдорини ортиши кузатилди шулардан 2 нафар беморда панкреонекроз ривожланганлиги туфайли лапаротомия бажарилди. Асосий гуруҳдаги беморларда эса билиар панкреатит белгилари кузатилмади.

Хулоса: Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики билиар панкреатитни олдини олишга қаратилган чора тадбирлар ЭРПХГ дан кейин эмас ЭРПХГ текшируви ва муолажасидан 2-3 соат аввал ўтказилиши ЭРПХГ дан сўнги билиар панкреатит олдини олишга хизмат қилади.

САЛБИЙ ИЛЛАТЛАРНИ СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА ТАЪСИРИ

Тоғжиева Мафтунахон - даволаш фак, 305-гуруҳ талабаси

Илмий раҳбар - Хаджамуратова М.Х.

Андижон давлат тиббиёт институти доценти

Ўзбекистон Республикасида мустақиллик йилларида амалга оширилаётган ислохотлар инсон учун унинг бахт-саодати учун хизмат қилмоқда. Айниқса, жамиятда соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш масаласи давлат сиёсати даражасига кўтарилди. Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисиغا Мурожаатномасида ҳам бу мавзу яна кўтарилди.

Ҳозирги кунда оддий ҳолга айланган турмуш тарзида энг кўп кузатиладиган салбий иллатлар, яъни кўп овқатланиш, тамаки маҳсулотлари чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, камҳаракат ҳаёт ва иш тарзи, асаббузарлик ҳолатлари – инсулт ҳамда инфаркт, қандли диабет, онкологик ва бошқа хасталикларнинг сабабчиси ҳисобланади. Бундай ҳолатда, ҳатто энг замонавий тиббий шароитлар яратиб берилса-да, узоқ яшаш ва соғлиқ ҳақида орзу қилиш ҳам бефойда, соғлиғимизни асраш ҳақида биз кўпинча аҳволимиз оғирлашганда ва шифокорга бориш, дори ҳамда даволаниш учун оиламиз бюджетидан пул сарфлашга тўғри келган пайтдагина ўйлаймиз. Касал бўлиш – ўз саломатлигимизга бепарво муносабатда бўлганимиз учун тўланадиган товон деб ҳисоблаш мумкин. 2020 йилда ўтказилган социологик сўровномалар натижалари таҳлили шуни кўрсатдики, пойтахтда яшовчи аҳолининг деярли кўпчилигида овқатланиш рационали бир меъёрга эмас. Оқибатда уларнинг учдан бир қисми ортиқча вазндан азият чекмоқда. Тошкент шаҳри, вилоят марказлари аҳолисининг 36 фоизидан ортиғи камҳаракат ҳаёт тарзида яшайди ва кўпи билан кунига 20-30 дақиқа пиёда юради.

Бутун дунёда ҳам илм-фан ва техниканинг шиддатли ривожини билан гиподинамия, камҳаракатлилиқ, скелет мушаклари ва юракка тушаётган юкнинг пасайиши оммавий кўриниш олган. Бироқ мазкур муаммони соғлом турмуш тарзини йўлга қўйиб тўлиқ ҳал этиш мумкин. Саломатлик ва узоқ умр кўриш учун ҳар куни 45 дақиқа пиёда юриш муҳим. Шунда инсон кўпгина касалликларни бошлаб берувчи шомоллашни енгиб ўтади. Британиялик олимлар ҳар куни 1 соат давомида пиёда сайр қилган кишилар юрак хасталикларида камроқ дучор бўлишини тадқиқотлар орқали исботлаганлар.

Бугунги кунда оддий бир ҳақиқат барчамиз учун аён бўлиши зарур. Олдимизда турган энг улуғ мақсадларимиз – мамлакатимизнинг буюк келажаги ҳам, эртанги кунимиз, эркин ва фаровон ҳаётимиз ҳам, Ўзбекистоннинг жаҳон ҳамжамятида қандай ўрин эгаллаши ҳам – буларнинг барчаси, авваламбор, янги авлоднинг ижтимоий равнақи, фарзандларимиз сиҳат-саломатлиги ва баркамол инсонлар бўлиб вояга етишига боғлиқдир.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «МЕЗОНИТ» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Тошнўлатова Шахзода Ойбек қизи – магистратура талабаси

Илмий раҳбар: катта ўқитувчи Алиев Л.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Атопик дерматитни (АД) даволашда асосийлардан бири маҳаллий муолажа ҳисобланади (турли хил малҳамлар, кремлар, эмульсия, лоссьон ва бошқалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири глюкокортикоид гормонал малҳамидир. Охирги пайтларда фармацевтика саноати томонидан топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги кортикостероид малҳамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малҳамлардан бири элокомдир. Мезонит малҳами таркибига кирувчи гидрокортизон-17-бутират ўта фаол топик кортикостероид бўлиб, узоқ даволанувчи дерматозларни қисқа вақтда даволаш учун қўлласа бўладиган препарат (малҳам) ҳисобланади.

Иزلанишдан мақсадимиз: мезонит малҳамини АД билан оғриган беморларда қўллаб кўриб, самарадорлигини аниқлаш.

Материал ва текширув услублари: Бизни кузатувимизда АД га чалинган 27 нафар бемор аёл бўлиб, уларнинг ёши 5 - 30 ёшгача. Беморларни ушбу касаллик 3 йилдан 12 йилгача бўлган муддатда безовта қилиб келган. Бу беморларнинг 18 нафари АД нинг пруритиноз шакли, 9 нафари лихеноид шакли билан қайд этилган, уларнинг барчасини қичишиш безовта қилади. Уларга комплекс даво сифатида қуйидаги даволаш усули қўлланилади.

Умумий давога антигистамин (Дезлоргин), десенсибилизацияловчи (натрий тиосульфат), гепатопротектор (Лив-52), антиоксидантлардан аевит, маҳаллий давога мезонит малҳами қиради. Давонинг биринчи кунлари териға икки маҳалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 1 маҳалдан суртилади, даволаш муддати касаликнинг турига, тарқоклигига қараб 18-24 кунни ташкил қилди. Теридаги патологик жараён ўчоғи тошмалар тарқалганлиги, яллиғланишнинг интенсивлиги ва субъектив симптомлар ёрдамида ўрганилди. Комплекс даводан олдин беморлар терисини SCORAD индекси кўрсаткичи 40-70 баллни ташкил қилади.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Юқорида кўрсатилган даво амалга оширилгач, беморлар терисидаги патологик ўчоғдаги папулалар ва лихенификациянинг яссиланиши кузатилди, 7-8 кун ўтгач улар анча яссиланиб, жароҳат ўчоғи тез орада яхшилана бошлади. Қичишиш давонинг 3-4 кундан камая бошлади, даво курсининг охири кунларига бориб йўқолди. Даволашнинг 16-20 кунларига келиб теридаги инфильтрация кескин камайди, яллиғланишнинг эритема белгилари қарийб йўқолди.

Хулоса: мезонит малҳами АД билан оғриган беморларда комплекс қўлланилганда яхши натижа беради. Беморлар бу малҳамни даво давомида яхши қабул қилишди, асоратлар кузатилмади.

БОЛАЛАРДА СЕПТОПЛАСТИКА ОПЕРАЦИЯЛАРИДА ПАСТ ОҚИМЛИ ИНГАЛЯЦИОН АНЕСТЕЗИЯНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Тургунов Д. Д. – Болалар анестезиологияси ва реаниматологияси магистратура йўналиши 1 курс талабаси

Илмий раҳбар: т.ф.н., доцент Юсупов А.С. - Болалар анестезиологияси ва реаниматологияси кафедраси

Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Анестезиологиянинг замонавий концепцияси умумий наркознинг энг самарали ва шу билан биргаликда хавфсиз моделини яратишга асосланган. Оториноларингология жаррохлик амалиётида юқори нафас йўллариининг хавфсизлиги анестезиянинг барча тамоилидан устун туради. Паст оқимли наркоз (1,0 – 0,5 л/мин газ оқими билан) бу турли ёшдаги болалар учун самарали ва хавфсиз ингаляцион наркоз усули ҳисобланади. У кислород ва анестетик модда истеъмолини сезиларли даражада камайитириши мумкин, бу ўз навбатида даволаниш самарадорлигига ва нафас олиш давридаги микроклимга таъсирини камайтиради. Жаррохлик хонасида анестетик модда билан хаво ифлосланиши ҳам сезиларли камаяди.

Мавзунинг мақсади. Болаларда септопластика жаррохлик амалиёти вақтида фентанил ва паст оқимли Изофлуран ингаляцион анестезияси шароитида оғриқсизлантириш самарадорлигини ошириш.

Материаллар ва тадқиқотлар усуллари. Тадқиқотни ТошПТИ клиникасининг операция бўлимида, 3 ёшдан 14 ёшгача бўлган 34 нафар болада септопластика операцияларида ўтказилди. Болаларда септопластика жаррохлик амалиёти вақтида паст оқимли Изофлуран билан ингаляцион анестезияни фентанилнинг кичик дозасини (2 мкг/кг) қўллаб комбинацияли оғриқсизлантириш ўтказилди. Қуйидаги текшириш усуллари: АБ ва кислород сатурация кўрсаткичи, биспектрал индекс, капнометрия билан бир қаторда анестезиянинг клиник кечиши ўрганилди. ЭхоКГ усули ёрдамида марказий гемодинамикани текширилди.

Тадқиқот натижалари. Натижалар шуни кўрсатдики, болаларда септопластика жаррохлик амалиёти вақтида паст оқимли Изофлуран билан ингаляцион анестезияни фентанилнинг кичик дозаси қўлланилганида оғриқсизлантиришнинг текис клиник кечиши, тизимли гемодинамик кўрсаткичларнинг стабиллиги кузатилди. Анестезиянинг асосий босқичларида марказий гемодинамик кўрсаткичлардан юрак индекси (СИ) кўрсаткичи 5,6% га, қон-томирларнинг периферик қаршилиги (УПСС) кўрсаткичининг 7,2% га пасайиши гемодинамик стабилликдан далолат берди.

Хулоса. Болаларда септопластика жаррохлик амалиётида Изофлуран билан паст оқимли ингаляцион анестезия гемодинамик барқарорликни таъминлайди, наркоздан сўнг уйғонишни сезиларли даражада тезлаштиради ва операциядан кейинги даврда асоратларни камайтиради.

НЕЙРОДЕРМИТ КАСАЛЛИГИНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ПЕЛЕМЕТАЗОН» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Турсунбоева М.- магистратура талабаси

Илмий раҳбар: ассистент Ботиров К.З.

Андижон давлат тиббиёт институти

Нейродермитни даволашда асосийлардан бири маҳаллий муолажа ҳисобланади (турли хил малҳамлар, кремлар, эмульсия, лосьон ва бошқалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири глюкокортикоид гормонал малҳамлардир. Охири пайтларда фармацевтика саноати томонидан топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги кортикостероид малҳамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малҳамлардан бири пелеметазондир. Пелеметазон малҳами таркибига кирувчи мометозон фураат ўта фаол топик кортикостероид бўлиб, узок даволанувчи дерматозларни қисқа вақтда даволаш учун қўлласа бўладиган препарат (малҳам) ҳисобланади.

Изланишдан мақсадимиз: Пелеметазон малҳамини нейродермит билан оғриган беморларда қўллаб кўриб самарадорлигини аниқлаш.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материал ва текширув услублари: Бизни кузатувимизда 32 нафар нейродермитга чалинган 21 нафар бемор аёл, 11 нафари эркак бўлиб, уларнинг ёши 22 дан 40 ёшгача. Беморларни ушбу касаллик 3 йилдан 12 йилгача бўлган муддатда безовта қилиб келган. Беморларнинг барчасини қичишиш безовта қилади. Уларга комплекс даво сифатида қуйидаги даволаш усули қўлланилади.

Умумий давога антигистамин (дезлоргин), десенсибилизацияловчи (натрий тиосульфат), гепатопротектор (тефролив форте), антиоксидантлардан аевит, маҳаллий давога пелеметазон малҳами киради. Давонинг биринчи кунлари териға икки маҳалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлағач, 1маҳалдан суртилади, даволаш муддати касалликнинг туриға, таркоқлиғига қараб 18-24 кунни ташкил қилди. Теридаги патологик жараён ўчоғи тошмалар тарқалганлиғи, яллиғланишнинг интенсивлиғи ва субъектив симптомлар ёрдамида ўрганилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Юқорида кўрсатилган даво амалға оширилғач, беморлар терисидаги патологик ўчоғдаги папулалар ва лихенификациянинг яссиланиши кузатилди, 7-8 кун ўтғач улар анча яссиланиб, жароҳат ўчоғи тез орада яхшилана бошлади. Қичишиш давонинг 3-4 кундан камая бошлади, даво курсининг охириги кунларига бориб йўқолди. Даволашнинг 16-20 кунларига келиб теридаги инфильтрация кескин камайди, яллиғланишнинг эритема белгилари қарийб йўқолди.

Хулоса: Пелеметазон малҳами нейродермит билан оғриган беморларда комплекс қўлланилганда яхши натижа беради. Беморлар бу малҳамни даво давомида яхши қабул қилишди, асоратлар кузатилмади.

БИРЛАМЧИ ТИЗИМДА БОЛАЛАРДА РАХИТ КАСАЛЛИГИ БИЛАН НАЗОРАТДА ТУРГАН БЕМОЛЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ

*Усмонов Зафар 3-курс 318 «б» гуруҳ
Рахматова. М.М. - УАШ МО ва ҚТ, ССБ, ЖССТ кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунини асослаш: Рахит касаллиғи ҳозирги вақтда моддалар алмашинувининг бузилиши билан кечадиган касалликлардан биридир. Олимларнинг маълумотича, 1-ёшгача бўлган болалар орасида рахит 69,7% ва 6 ойликкача 1 даражали рахит-93,9%, 2-даражали рахит-56% ва 3 даражали рахит- 10-12% учрайди. Рахит-кичик ёшларда учрайдиган касаллик бўлиб, болалар организмида Двитамини етишмаслиғи сабабли Са, Р алмашинувининг, суякланиш жараёнининг бузилиши, болаларда асаб системаси ва ички аъзоларда ҳам характерли ўзгаришлар келиб чиқиши билан характерланадиган касаллиқдир. Сабаблари қуёш нурунини етарли олмастлиғи, болани тоза ҳавода кам сайр қилдириш. Организмда ҳосил бўладиган 90% эндоген витамин Д-3 қуёш нури таъсири остида терида ҳосил бўлади

Овқат омиллари –Болани тез қўшимча овқатға ўтказиш, сунъий овқатлантириш, чала туғилиш, ҳам касаллик учун хавф омили бўлади, чунки чала туғилган болаларда витамин Д Са ва Р захираси кам бўлади

Иккиламчи Д витамини етишмаслиғига қуйдагилар сабаб бўлади: Маласорбсия синдроми-целакея, муковицедез, ва ошқозон ости беши касалликлари. Жигар ва буйракнинг сурункали касалликлари витамин Д-3нинг актив метаболитларнинг ҳосил бўлиши камайтиради.

Таснифи: 1-Даврига қараб бошланғич, авж олган, тикланиш даври

2. Фаоллик даражасига қараб 1-даража енгил, 2-даража ўрта оғир, 3-даража оғир даража.

3. Кечишига қараб: ўткир, ўткир ости, қайталанувчи рахит.

Клиникаси: Эрта белгилари МНС да бузилишлар билан характерланиб, безовталаниш, уйқунинг бузилиши, қўрқиш, йиғлоқилик, сезувчанликнинг ошиши, эмаётганда, уйқуда кўп терлаш, энса суяклари соҳасида соч тўкилиши характерлидир. Бунинг асосий сабаби конда оралиқ моддалар, яъни аммиакнинг кўпайишидир. Боладан аммиак ҳиди келса, тана ҳарорати субфебрил бўлади. Аҳлати ўзгарувчан, гипотрофия кучаяди. Са, Р тузлари ювилиши оқибатида аста секин ацедоз кучаяди. Суяклар юмшайди ва шаклини ўзгартиради. Суякнинг юмшаши, кранитабес, ликқилдоқлар катта. Кеч ёпилиши касаллиғи билан “Д” назоратда турган болаларға тиббий ёрдам сифатини ошириш.

Вазифалар: ОП да рахит касаллиғи эрта аниқлаш диспансер назоратига олиш касалликнинг олдини олиш. Шифокор ва ҳамширалар иш сифатини ошириш. Рахит касаллиғи билан болаларни стандарт даво усулларига асосланган ҳолда даволаш. Оналарни тиббий маданиятини ошириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Мазкур тадқиқот ишлари назоратимиздаги Андижон шаҳар шимолий кичик даҳасида ўтказилди. Рахит касаллиғига шубҳаланган болаларнинг ушбу касаллик асоратлари ҳақидаги билим даражаси сифат кўрсаткичини аниқлаш мақсадида стандарт ва индикаторлар тузилди, система картаси ишлаб чиқилди. Рахит ҳасталиғи асоратларининг олдини олиш бўйича оналар ўқитилди, ишларига салбий таъсир қилувчи омиллар таҳлил қилинди

Натижаларни баҳолаш. ОП да рахит ҳасталиғи бўйича материаллар, буклетлар, брошюралар, адабиётлар етарли миқдорда эмас. Тиббий ходимларнинг рахит касаллиғи билан беморларни стандартлар бўйича олиб бориш борасида билимлари етарли даражада эмас. Консултация вақтида беморларни ўқитишға ОП врачларитомонидан кам эътибор берилади. Кўп ҳолларда болалар касаллиқни қайталанганини олдини олиш бўйича тадбирлар ҳақида етарли маълумотға эга эмас. Амбулатор карталарни ретроспектив текшириш натижасида шу нарса маълум бўлдики, оналарға

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

профилактик тадбирлар ҳақида кам маълумот берилади ва картага бу ҳақда қайд қилинмайди. Жамоа билан биргаликда текширув натижаларидан келиб чиққан ҳолда ўзгартиришлар киритилди. Юқоридаги аралашувлардан сўнг рахит касаллиги билан “Д” назоратда турган беморларга тиббий хизмат сифат кўрсаткичларини 30% га яхшилашга эришдик.

Хулоса ва тавсиялар: ОП врачларини рахит касаллиги билан оғриган болаларда касаллик асоратларининг профилактикаси тадбирларини стандартларга асосланган ҳолда олиб бориш ўта муҳимдир. ОПдаги ОШ шифокорларни ушбу муаммо бўйича қайта ўқитиш учун қисқа муддатли тренинг-семинарлар ташкил қилиниши керак. Йилнинг маълум санасида стандарт ва индикаторларга асосланган ҳолда мониторинг ўтказиб туриш зарурдир. Мониторинг натижаларини жамоа аъзолари билан биргаликда муҳокама қилиб бориш ва кейинги тактикани ишлаб чиққан ҳолда, профилактика ишларини олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ДАВО ЧОРАЛАРИ

Фозилжоновна Нодира – даволаш факультети 325-гуруҳталабаси

Илмийраҳбар: Махмудова Б.Ш. катта ўқитувчи

Инсоният асрлар давомида яшаш учун курашиб, ўлимга олиб келувчи ҳолатларга қарши доимо курашиб келганлар. Ўлимга олиб боровчи касалликлардан кўпчилигига даво топилгани сабабли ҳозирги кунгача ҳаёт бор. Бундай касалликлардан бири ўлатдир. Манбаларда таъкидланганидек, ўлат (1340-1771) бутун дунёда 75 миллион одамнинг ўлимига сабабчи бўлган. Бу бошқа касалликлардан кўра қадимийроқ бўлиб, у эраиздан олдинги I-II асрга бориб тақалади. Бу касаллик 551-580 йилларда Шарқий Рим ва Яқин Шарқни босиб олган. Бу касалликдан 20 миллиондан ортиқ одам ҳалок бўлган. 1090 йил Киевда 2 ҳафтаичида 10000 одам ҳаётдан кўз юмди. Асосан, Европада бу касаллик кенг равишда тарқалган. Европада кенг тарқалган бу қора ўлим кейинчалик Хитойга ҳам етиб келди. 1664 – 1665 йилда эса Лондондан 20% аҳолини ўлимга сабабчи бўлди. Бу касалликнинг сўнгги бемори маълум бўлишича 2002 йил АҚШ да топилган. Баъзи жойларда ўлатнинг тарқалишига мушуклар ҳам сабабчи бўлган. Шунча одамнинг ҳаётига зомин бўлган бу касалликнинг келиб чиқиши каламушлар туфайли.

МАЛЯРИЯ (1600 йилдан ҳозирги кунга қадар) бир йилда икки миллион одамни ҳаётига нуқта қўймоқда Шу 20 йил ичида унинг ўлим даражаси юқорига кўтарилган. Бу касалликнинг ватани Ғарбий Африка ва Марказий Африка ҳисобланади. Аммо шуни биламанки, бу жигар билан боғлиқ бўлган касаллик. Қадимда касалликка чалинган чивинлар бўлиб, улар 30 миллион йилдан бериб насл алмашган касалланган чивин ўз касалини одамга ўтказган, бунинг натижасида эса “малерия” пайдо бўлган.

ОИТС (1981 йилдан ҳозирга қадар) Бутун дунё соғлиқни сақлаш маркази бу касалликни XX аср вабоси деб номлади. ОИТС дунё бўйича ўлимга олиб келадиган касалликлар ичида 4 ўринни эгаллайди. Шу кунга келиб 40 миллиондан ортиқ бу касалликка чалинганлар маълум бўлган. Лекин, афсуски, шундай инсонлар бор эканки, ўзини бу касалликка чалинганини билмас экан. Шу сабабли ҳам букасаллик ҳозирда қанчага етганини аниқлаб бўлмайди. Аслида бу касалликнинг пайдо бўлишига келсак, бир гуруҳ харбийлар самолёти ҳалокатга учрагани туфайли Африканинг одам оёғи етмаган оролларида бирида қолиб кетишади ва ўрмонда бошпана қилишади. Улар маймунлар терисини шилишпайтида уларнинг қонидан юктириб олади. Вақти келиб уларга қутқарув самолёти келади ва улар одамлар орасига қайтишади. Афсуски, ўзлари билан бирга ҳозирда кўп инсоннинг умрига зомин бўлган ОИТС касаллигини ҳам олиб келишади.

Хулоса қилиб, ушбу маълумотларни ўрганиш давомида инсон доимо соғлом турмуш тарзига риоя қилиб яшаши кераклигига яна бир бор омин бўлдик.

СПОРТ – СОҒЛОМ ҲАЁТ ҲАВОИ

Хаджамуратова М.Х.

АДТИ Ижтимоий-гуманитар фанлар кафедраси доценти

Юртимизда барча соҳалар каби спортни ривожлантиришга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Агар жамият аъзоларининг барча қатламлари, айниқса ёшлар спорт билан мунтазам шуғулланса, бу соғлом авлод тўғрисидаги мақсадларимиз ва интилишларимизнинг ҳаётий ифодаси демакдир.

Ислохотлар даврида марказдан тартиб то чекка ҳудудларда ҳам кўплабспорт иншоатлари қад ростлаб, аҳоли истеъмолига топширилгани ва мунтазам машғулотлар олиб боришга йўналтирилгани ўзининг ижобий самарасини бермоқда.

Халқаро экспертлар томонидан ижобий баҳоланган спортнинг уч босқичи яъни “Умид ниҳоллари”, “Баркамол авлод”, “Универсиада” мусобақаларикенг йўлга қўйилишининг Ўзбекистонда ташкил этилгани амалга ошириладиган ислохотларнинг натижасини берди ва Ўзбекистон спорти дунё юзини кўрди.

Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисида йўллаган Мурожаатномасида ҳам жисмоний тарбия ва спортга алоҳида тўхталиб ўтди. 2021 йил

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

учун яна бир муҳим йўналиш сифатида белгиланган тиббиёт соҳасидаустувор вазифаларга алоҳида эътибор қаратилди.

бешинчи вазифаси - жисмоний тарбия ва спортни янада оммалаштиришга бағишланди.

– аҳоли саломатлигини таъминлашда муҳим омил эканлиги қайд этилдиҳамда қўйидаги вазифалар белгиланди:

- келгуси йилда 70 та жисмоний тарбия ва спорт муассасаси, 16 мингта боғча ва мактабларни спорт жихозлари билан таъминлашга 100 миллиард сўм ажратилади. Шунингдек, барча туман марказлари ва шаҳарларда махсус пиёдалар ва велосипед йўлаклари барпо этилади;

- аҳолини оммавий спорт турларига кенг жалб қилиш орқали 2021 йилда камров ҳозирги 19 фоиздан 25 фоизга етказилади.

“Спорт ҳақида гапирганда, яна бир муҳим вазифа олдимизда турганини таъкидлаб ўтмоқчиман, - дейди Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев, - яқинда Осиё олимпия кенгаши 2025 йилда ёшлар ўртасида Осиё ўйинларини Тошкент шаҳрида ўтказиш бўйича қарор қабул қилди. Бу мамлакатимизга кўрсатилган катта ишонч, десак, тўғри бўлади. Айни вақтда бунинг масъулияти ҳам катта эканини, ўйлайманки, барчамиз яхши тушунамиз. Қитъамиз микёсидаги ушбу мусобақага ҳозирдан бошлаб пухта тайёргарлик кўришимиз лозим”. Ушбу даъват келажакдаги самарали натижаларнинг ифодасидир.

Давлат томонидан болалар ва ўсмирларга кўрсатилаётган ғамхўрлик, келажакимизга бўлган масъулият ҳамда халқимизга бўлган ҳурмат ифодаси. Зеро “Фарзандлари соғлом юрт – қудратли бўлади” деган концептуал ғоя бу соҳа ривожланишига мустақилликнинг дастлабки йиллариданоқ тамал тоши қўйилганини исботидир.

МУРОЖААТНОМА ВА ЁШЛАР КЕЛАЖАГИ

Хаджамуратова М.Х.

АДТИ Ижтимоий-гуманитар фанлар кафедраси доценти

Демократик давлатнинг муҳим хусусиятларидан бири баркамол авлодни тарбиялаш масаласидир. Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг 2020 йил 29 декабрда Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси ва халқимизга йўллаган Мурожаатномасида айнан баркамол авлодни тарбиялаш масаласи кун тартибидан ўрин олган. Мурожаатномада энг кўп ишлатилган сўзлар, яъни “ёшлар” сўзи – 47 марта, таълим” сўзи – 31 марта такрорланганини ўзи бу масала энг долзарб масала сифатида давлат сиёсати даражасига кўтарилганининг ёркин исботидир.

Буюк бобокалонимиз Абу Али ибн Сино, бундан минг йил олдин “Довюррак ва ботир инсонлар келажакда содир бўладиган қийинчиликлардан қўрқмайди”, деб бежиз айтмаган, - дейди Мурожаатномада Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев, -айниқса, куни кеча Ёшлар форумида ўгил-қизларимизнинг ёниб турган кўзларида улкан азму шижоатни, билимга ташналик ва янгиликка интилишни кўриб, янада руҳландим ва улардан куч олдим. Ибн Сино бобомиз айтган довюррак ва ботир ёшлар айнан шу фарзандларим эканига яна бир бор амин бўлдим. Агар катта авлоднинг билими ва тажрибасини, узокни кўра олиш фазилатларини, ёшларимиздаги ғайрат-шижоат, мардлик ва фидойилик билан бирлаштира олсак, кўзлаган марраларга албатта етамиз. Янги Ўзбекистонни ана шундай билимли ва бунёдкор ёшларимиз билан биргаликда барпо етамиз, - дейди Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев.

2021 йилга мамлакатимизда “Ёшларни қўллаб-қувватлаш ва аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш йили”, деб ном берилди ва йил номи билан давлат дастури қабул қилинди ва ёшлар муаммоларини ҳал этиш, уларни баркамол инсон сифатида тарбиялаш учун ислохотлар бошлаб юборилди. Ёшлар катта авлод ҳурматини жойига қўйиб, уларнинг билим ва тажрибаларини ўрганишга ҳаракат қилишлари зарур. Учинчи ренессанс даврида илм-фан, таълим, ишлаб чиқариш, давлат ва жамиятнинг барча соҳаларида етук мутахассислар бўлиб, жамият равақига муносиб ҳиссамизни қўшиш ёшларнинг бурчидир.

Ўзбекистон Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисида Мурожаатномасида келтирилган даъваткор ғоялар ҳар қандай ёш авлод вакилини эзгуликка, буюк келажакнинг муносиб фарзанди бўлишга чорлайди. Шунингдек, ўқиш, уқиш, изланиш, ўз устида ишлаш, буюк бобокалонларимиздек муносиб фарзанд бўлиб шаклланишга ва фуқаролик жамиятини учун муносиб фаол фуқаролик позициясига эга бўлган ёшлар қаторида бўлиб, ватанимиз, жамиятимиз равақига ўзининг муносиб ҳиссасини қўша оладиган фуқаро сифатида ўзини намоён этишига даъват етади.

МУРОЖААТНОМАДА ИНСОН САЛОМАТЛИГИНИ МУСТАҲКАМЛАШ МАСАЛАСИ

Хаджамуратова М.Х.

Андижон давлат тиббиёт институти доценти

2020 йил 29 декабрда Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисида Мурожаатнома йўллади. Мурожаатномада инсон саломатлигини

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

мустаҳкамлаш масаласига энг муҳим масала сифатида эътибор қаратилди. “Аҳоли саломатлигини асраш ва мустаҳкамлаш борасидаги туб ислохотларимизни янги босқичга кўтаришимиз зарур, - деб таъкидлади Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев. Жумладан, коронавирус пандемиясига қарши курашни тизимли равишда давом эттириш, аҳолини коронавирусга қарши эмлаш тадбирларини амалга ошириш, санитария-эпидемиология хизмати сифатини ошириш, унинг базасини яхшилаш ва замонавий лаборатория ташкил этиш; тиббиёт соҳасини рақамлаштириш кўламини янада кенгайтириш, яъни,

- барча тиббиёт муассасаларида масофавий хизматларни кўпайтириш, поликлиника ва касалхоналарни электрон иш юритишга ўтказиш чоралари кўриш; шунингдек, республика ихтисослашган тиббиёт марказлари ва уларнинг филиаллари ўртасида телемедицина йўлга қўйилиб, диагностика ва даволаш учун жойлардаги имкониятлар янада кенгайтириш; -

- ўрта бўғин тиббиёт ходимлари – ҳамшира ва фельдшерларнинг обрўси ва мавқеини ошириш, жумладан, 47 та Ибн Сино номидаги техникумларни ҳар йили битирадиган 20 мингдан ортиқ ўғил-қизларимиз тиббиётнинг бир нечта соҳаларида касб эгаси бўлиб чиқиши таъминланади. Шунингдек, ўрта бўғин тиббиёт ходимларига “ҳамширалик иши” билан мустақил шуғулланиш учун рухсат берилади.

Ҳозирги кунда 12 мингдан зиёд фуқароларимиз оқ қон ва оғир ирсий гематологик касалликдан азият чекмоқда, - дейди Ўзбекистон Президенти Шавкат Мирзиёев, - шу сабабли 2021 йилда онко-гематология соҳаси ҳамда даволаш қийин бўлган касалликлар бўйича мураккаб диагностика ва тиббий амалиётлар учун бюджетдан 250 миллиард сўм ажратилиши режалаштирилди. Ўткир буйрак етишмовчилиги бўлган 5 мингдан ортиқ бемор эса илк бор бепул гемодиализ хизмати билан қамраб олинади ва шу мақсадлар учун бюджетдан 140 миллиард сўм йўналтириш режалаштирилди. Шунингдек, эндокрин касалликларни аниқлаш ва даволаш мақсадида ҳудудий шифохоналарда махсус бўлимлар ташкил этилиши, бунинг учун 2021 йилда бюджетдан 150 миллиард сўм ажратилиши бўйича ишлар ташкил этилди..

Аҳолимизнинг катта қисмини қийнайидиган ўткир қон-томир касалликлари бўйича 35 та туманлараро марказ ташкил этиш режалаштирилди. Ушбу марказлар аҳолига инфаркт ва инсульт ҳолатларида тезкор ва малакали тиббий ёрдам кўрсатиш орқали ўлим ва ногиронликни камайтиришга хизмат қилади. Шу тариқа ҳар йили камида 30 минг нафар инсоннинг ҳаёти сақлаб қолинади, - дейилади Мурожаатномада.

Шунингдек, аҳолини тиббий маданиятини ошириш муҳим масала ҳисобланади. Ҳар бир инсон соғлом турмуш тарзига риоя этиши зурур.

“ОНА ВА БОЛА СОҒЛИГИГА ЭЪТИБОР – ЖАМИЯТГА, КЕЛАЖАККА ЭЪТИБОР

Хаджамуратова М.Х.

Андижон давлат тиббиёт институти доценти

Ўзбекистон Республикаси Президентининг Мурожаатномада ҳар қандай жамият тараққиётида унинг келажагини таъминлайдиган ёш авлоднинг соғлом ва баркамол бўлиб вояга етиши ҳал қилувчи ўрин тутишини айтиб ўтди.

“Она ва бола соғлиғига эътибор – жамиятга, келажакка эътибор”, – дейди Ўзбекистон Президенти Шавкат Мирзиёев. Шу мақсадда 2021 йилдан бошлаб 15 ёшгача бўлган болалар ва ҳомиладор аёлларга 7 турдаги витаминлар, болалар учун паразитар касалликларга қарши дори воситалари бепул тарқатиш, бу жараён билан 2021 йилда – 11 миллион нафар, 2022 йилда – 17 миллион нафар аҳоли қамраб олинади ва бу ишларга 100 миллиард сўм маблағ йўналтириш, аёллар ва болаларни йод, темир, фолий кислотаси, витаминлар ва паразитларга қарши дорилар билан бепул таъминлаш орқали аҳоли ўртасида камқонлик 25 фоизга камайтириш; аёллар ва болаларни йод, темир, фолий кислотаси, витаминлар ва паразитларга қарши дорилар билан бепул таъминлаш орқали аҳоли ўртасида камқонлик 25 фоизга камайтириш каби долзарб масалаларни амалга ошириш чора-тадбирлари кўрилмоқда.

Шунингдек, ҳар бир маҳаллада, энг аввало, 5 ёшгача болалар, шунингдек, туғиш ёшидаги ва ҳомиладор аёллар, ногиронлиги бўлганлар, қон-томир, онкологик, эндокрин каби касалликларга мойиллиги бўлган фуқаролар билан ишлашнинг алоҳида тизими жорий этиш; шу билан бирга, давлат томонидан бепул тиббий хизматлар ва дори воситалари рўйхати қайта шакллантирилиб, улар билан аҳолини кафолатли таъминлаш тизими босқичма-босқич йўлга қўйиш борасида ишлар ташкил этилди.

Шунингдек, тиббий хизматлар кўрсатишда бирламчи бўғин қамровини кенгайтириш мақсадида келгуси 3 йилда 315 та “оилавий шифокор” пункти ва 85 та оилавий поликлиника ишга тушириш; бундан ташқари, “қишлоқ шифокори” дастури доирасида олис ҳудудларда иш бошлайдиган мингдан ортиқ врачга 30 миллион сўмдан ёрдам пули берилади ҳамда улар хизмат уйлари билан таъминланиши режалаштирилди.

Олис ва чекка ҳудудларда бирламчи ва ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиш ва эҳтиёжманд аҳоли учун скрининг тадбирларига хусусий шифохоналар ҳам жалб этилиб, уларга субсидия ажратилмоқда.

Давлатимиз томонидан аҳолини соғлиғини мустаҳкамлаш борасида қатор ислохотлар амалга оширилиб, ўзининг ижобий натижасини бермоқда ва жаҳон миқёсида эътироф этилмоқда. Шунингдек, аҳоли ҳам соғлом турмуш тарзига риоя этиши, ўз оиласида соғлом муҳитни шакллантириши, соғлиғига зиён етказувчи одатлардан, иллатлардан ўзини тийиши, оила аъзоларининг соғлиғига беъэтибор бўлмаслик,

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

уларга ғамхўрлик қилиш бурчи эканлигини англаши, яқинларини, фарзандларини тиббий маданиятини юқори даражага кўтаришга эришиши, аҳоли, айниқса, ёшларимиз ўртасида соғлом турмуш тарзини кенг тарғиб этишга хисса қўиши зарур.

АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ ВА СПОРТНИНГ ЎРНИ

Хўжанова Паризод – даволаш фак, 305-гуруҳ талабаси

Илмий раҳбар - Хаджамуратова М.Х.

Андижон давлат тиббиёт институти доценти

Аҳоли саломатлигини мустаҳкамлашда жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш муҳим аҳамиятга эга. Шу сабабли Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисига йўллаган Мурожаатномасида асосий вазифа сифатида, - жисмоний тарбия ва спортни янада оммалаштириш – аҳоли саломатлигини таъминлашда муҳим омилдир, - дея таъкидлаб ўтди. Шунинг учун Мурожаатномада 2021 йилда 70 та жисмоний тарбия ва спорт муассасаси, 16 мингта боғча ва мактабларни спорт жиҳозлари билан таъминлашга 100 миллиард сўм ажратилади. Шунингдек, барча туман марказлари ва шаҳарларда махсус пиёдалар ва велосипед йўлаклари барпо этилиши айтиб ўтилди. Аҳолини оммавий спорт турларига кенг жалб қилиш орқали 2021 йилда қамров ҳозирги 19 фоиздан 25 фоизга етказилади.

Мухтарам Президентимиз жисмоний тарбия соҳасини ривожлантириш масалаларига бағишлаб видеоселекторўтказди. Унда аҳолини жисмоний тарбия билан мунтазам шуғулланиб боришига даъват қилиш, уларни соғлом ҳаёт кечиришга жалб қилиш, уларнинг соғлом турмуш тарзига риоя этиб яшашларини таъминлаш орқали турли касалликларнинг олдини олиш, халқимизнинг ўртача умр кўриш давомийлигини узайтириш, барча амалга ошириладиган ислохотларимизнинг асосий йўналиши ва натижаси бўлиши кераклиги ҳақида керакли даъватлар берилди.

Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев томонидан “Соғлом турмуш тарзини ҳаётга кенг татбиқ этиш ва оммавий спортни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Фармони ҳаётга тадбиқ этилиши натижасида аҳолининг барча қатламларига кунлик юриш ва югуришга тарғиб қилиш мақсадида «Соғлом турмуш тарзи» (www.1hls.uz) платформаси жорий этилди. Унга кўра бир сутка давомида 10 минг ва ундан ортиқ қадам юрган 18 ва ундан юқори ёшдаги Ўзбекистон фуқаросининг электрон ҳамёнига 3 минг сўм, бир ойда бир марта туман (шаҳар) бўйича энг кўп юрган кишига 300 минг сўм, ҳудудлар бўйича энг кўп юрган кишига 500 минг сўм, республика бўйича энг кўп юрган кишига 1 млн.сўм қўшимча равишда платформадаги электрон ҳамёнига ўтказиладиган бўлди.

Буюк аждодимиз Абу Али ибн Сино ҳам ўз асарларида жисмоний машқларнинг соғломлаштириш ва даволаш тажрибасидаги ўрни ва роли ҳақида ёзиб кетган. У жисмоний машқларга тўхтовсиз, чуқур нафас олишга олиб келувчи эркин ҳаракатлар, дея таъриф бериб, “агар инсон мўътадил ва ўз вақтида жисмоний машқлар билан шуғулланса ва тартибга риоя қилса, у давога ҳам, дориларга ҳам муҳтож бўлмайди, машқларни тўхтатар экан, у сўнади. Зеро, жисмоний машқлар мушакларни, бўғимларни, асабни мустаҳкам қилади”, деб таъкидлаган.

ИЖТИМОЙ РИВОЖЛАНИШ ВА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ МАСАЛАСИ

Халилова Хуснидабону – даволаш фак, 305-гуруҳ талабаси

Илмий раҳбар - Хаджамуратова М.Х.

Андижон давлат тиббиёт институти доценти

Аҳолининг ижтимоий ҳимоя қилиш, соғлом турмуш тарзини тарғиб этиш улар келажагини таъминлашнинг муҳим шарти ҳисобланади. Ўзбекистонни янада ривожлантиришнинг Ҳаракатлар стратегияси ҳамда Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Олий Мажлисига Мурожаатномасида ҳам бу масалага алоҳида эътибор қаратилган.

Ижтимоий ривожланиш ва соғлом турмуш тарзи масаласи самарадорлигини таъминлашнинг мақбул ечимлари қуйидагилардан иборат.

1. Давлатимиз томонидан ижтимоий ривожланиш ва соғлом турмуш тарзи учун яратиб бериладиган қулай иқтисодий, интеллектуал ҳамда сиёсий эркинликларга мутаносиб даражадаги шахс ва жамият фаоллигини таъминлашга эришиш.

2. Турли ижтимоий тузилмаларда юз бераётган жадал юксалиш жараёнларини ҳар бир инсоннинг интеллектуал, маънавий салоҳиятини юксалтириш, саломатлигини мустаҳкамлаш ҳамда уни ижтимоий ривожлантириш кесимида амалга ошишини таъминлаш учун аниқ режа ва “йўл хариталари”ни ишлаб чиқиш.

3. Ҳар бир таълим муассасалари ва бошқа ташкилотларда фуқаролар учун “Мен бугун кимман ва эртага қандайман”, шиори остида индивидуал тараққиёт режаларини тузиш.

4. Ҳар бир маҳалла, оила ва мактабда боланинг 10-11 ёшлигидан бошлаб, соғлом турмуш тарзи ва узлуксиз маънавий-интеллектуал ривожланишини таъминлаш борасидаги аниқ мақсадини шакллантиришга эришиш.

5. Китобхонлик маданиятини вертикал асосларда эмас, балки горизонтал асосларда, яъни “Ота китобхон – бола китобхон” “Ўқитувчи китобхон – ўқувчи китобхон”, “Ака китобхон – ука китобхон” тарзидаги ёндашувни, яъни ибрат омилини қўллаш орқали тарғиботини кучайтириш зарур.

Ушбу мақбул ечимлар ижтимоий ривожланиш ва соғлом турмуш тарзи масаласи самарадорлигини таъминлашда ўзининг ижобий самарасини беради. Чунки ҳар бир соҳада давлат бош ислохотчилик вазифини бажара бориб, аҳолини тўғри йўлга йўналтира олгагина жамият соғлом, маънавий жиҳатдан юксак салоҳиятга эришиб боради.

Соғлом турмуш тарзини барқарорлаштиришга қаратилган барча чора-тадбирлар ислохотларимиз стратегиясига айнан мос бўлиб, келгусида юртимизда аҳоли саломатлигига, жамиятимизда соғлом турмуш тарзига эришилишига, шу орқали улкан ютуқларга эришишимизга йўл очиб берад и. Чунки, “Фарзандлари соғлом юрт – қудратли бўлур” деган концептуал ғоя ўзининг пурмаъноси билан ҳаётимизни безаб турибди. Биз ёшлар мухтарам Президентимизнинг барча даъватига лаббай деб жавоб берамиз, аҳоли саломатлиги йўлида етук мутахассис бўлиб етишиб, халқимизга муносиб хизмат қиламиз.

ТИЗЗА БЎҒИМИ АРТРОЗЛАРИНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ

Ҳакимов С.Қ. – магистратура 1 босқич талабаси

Собиров Қ.Қ. - магистратура 3 босқич талабаси

Илмий раҳбар: Мамаджанов К.Х.- Травматология, ортопедия ва нейрожаррохлик кафедраси катта ўқитувчиси

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзу долзарблиги. Тизза бўғими артрози сурункали бўғим касалликлар гуруҳига кириб, дистрофик-дегенератив ўзгаришлар асептик яллиғланиш белгилари билан характерланади, бўғим юзаси тоғай қисми сезиларли ўзгариши бўғим тирқиши торайишига олиб келади. Бўғимнинг кўп қисмининг яқинлашиши бўғимни ҳаракатини чекланишига олиб келади.

Оғриқ ва бўғим функциясининг чекланиши, киши меҳнат қobiliятининг пасайишига, кўпинча ногиронликка олиб боради.

Беморлар артроз билан 30-40 ёшда, кўпинча меҳнат ва спорт билан боғлиқ зўриқиш туфайли касалланишади.

Оёқ бўғимларининг артрози 85% ни ташкил қилади. Шунинг ичида тизза бўғими артрози 34% ташкил этади. (Г.П. Котельников, С.П. Миронов, В.Ф. Мирошниченко. 2016.)

Тадқиқот мақсади. Деформацияловчи гонартроз билан хасталанган беморларда оптимал консерватив даволаш усулини танлаш.

Тадқиқот материали. Мазкур илмий иш 2019-2020 йиллар мобайнида Андижон вилоят кўп тармоқли шифохонасида ҳамда РШТЁИМ АФ травматология ва ортопедия бўлимида даволанган 38та беморни текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Рентгенологик текшириш натижаларига асосан беморларнинг 28 тасида (73,7%) деформацияловчи артрознинг II-даражаси, қолган 10 тасида (26,3%) деформацияловчи артрознинг III-даражаси аниқланди.

Натижалар. Беморлар асосий ва назорат гуруҳга ажратилди: асосий гуруҳда 25 та бемор бўлиб, шундан 11 нафари бирламчи артроз, 14 киши иккиламчи артроз билан бўғим ичига оксигенотерапия билан биргаликда даволаш ишлари ўтказилди.

Назорат гуруҳга 15 киши фақат амалдаги даволаш усуллари билан даволанишди.

Асосий гуруҳдаги 18 та беморнинг ахволи яхшиланди (45%);

Кузатувдаги 6та беморнинг ахволи қониқарли (15,8%) бўлди; 1 та беморда қониқарсиз натижа кузатилди (2,7%). Назорат гуруҳда 8 та беморнинг ахволи яхшиланди (28,6%); 5 та беморда қониқарли (17,8%) натижа қайд этилди; 2 та беморда қониқарсиз (7,1%) натижа кузатилди.

Хулосалар:

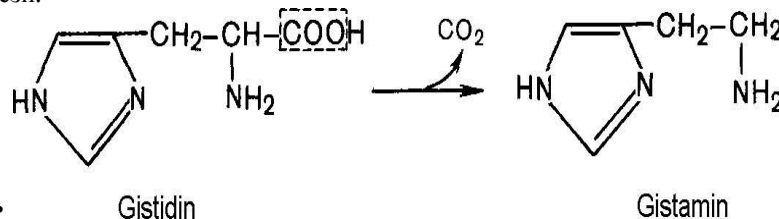
1. Тизза бўғимининг посттравматик артрозларини комплекс даволашда стерил кислородини бўғим ичига киритиб даволаш артрознинг патогенетик давоси бўлиб, асоратлар ўсишини камайтиришга имконият беради.
2. Деформацияловчи гонартрозни III-IV даражаларида консерватив даволаш муолажалари етарлича самара бермайди. Бу беморларга тизза бўғими тотал эндопротезлаш ташрихи ўтказиш тавсия этилади.

ГИСТАМИН ҲОСИЛ БЎЛИШИ ВА АҲАМИЯТИ

Хакимова.А.М.- Стоматология факултети 2 -босқич талабаси
Илмий раҳбар: Бокиев М.М.-Биологик кимё кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти

Гистидин аминокислотаси турли хил тўқималарда 2 хил йўл билан метаболизмга учрайди:

- Охирги маҳсулотларгача парчаланиши;
- Гистамин синтези.



Жигар ва терида гистадаза ферменти таъсирида дезаминланади ва уроканин кислотасини ҳосил қилади. Унинг охирги маҳсулотлари: глутамат, NH_3 ва H_4 -фолат кислота ҳосилалари (N^5 -формимино- H_4 -фолат и N^5 -формил- H_4 -фолат). Гистадаза ферменти нуксонни гистидинемия ривожланишига олиб келади. Болалар ақлий ва жисмоний ривожланишдан ортда қолади. Уроканиназа ферменти нуксонни уроканинемияга сабаб бўлади, бунда ҳам ақлий ва жисмоний ривожланишдан ортда қолиш кузатилади. Бу ферментлар гепатоспецифик ферментлар ҳисобланади ва жигар касалликлар ташхисида диагностик аҳамиятга эга.

Мушак ва мия тўқимасида гистидин дипептидлари: карнозин ва анзерин синтезланади. Мушакларда уларнинг миқдори 100-200 мг/100 г тўқимага тенг. Карнозин β -аланина ва гистидинни карнозинсинтетаза ферменти таъсирида ҳосил бўлади. Уни SAM ва N-метилтрансфераза ферменти таъсирида метилланиши кузатилади ва анзерин ҳосил бўлади. Қондаги карнозин мушаклар, буйраклар ва энтроцитлар томонидан ютилади. У қонда ва буйракларда Zn-боғлиқ карнозиназа ферменти таъсирида β -аланин ва гистидинга парчаланadi. Карнозин скелет мушаклари қисқариш амплитудасини оширади, ион каналлар ишини ва миоиннинг АТФ-азасини фаоллаштиради. Силлиқ ва юрак мушакларида гистидин пептидлари миқдори кўндаланг тарғил мушакларга нисбатан кам. Улар тез ҳаракатланувчи мушакларнинг буфер сифимининг 40% ташкил қилади ва кўп миқдорда лактат тўпланиши мумкин. Гистидин пептидлари мушакларда бўлмаса лактат тўпланиши ацидоз мушаклар контрактурасига олиб келади. Карнозин ва анзерин антиоксидант фаолликка эга, NO-боғлиқ гуанилатциклазани ингибирлайди, қариш жараёнини сусайтиради ва апоптоз тезлигига таъсир этади.

Серотонин ҳосил бўлиши ва аҳамияти. Серотонин 5 окситриптофаннинг декарбоксилланишидан (ароматик аминокислоталар декарбоксилазаси таъсирида) ҳосил бўлади:

Серотонин юқори фаолликка эга бўлган биоген аминдир. У қон томирларни торайтиради ва артериал қон босимни оширади; тана температурасини, нафас олишни, буйрак филтрациясини бошқаришда иштирок этади; МНС да нерв жараёнларида медиатор ҳисобланади;

Аллергик реакциялар, демпинг-синдром, ҳомилалик токсикози, карциноид синдром ва геморрагик диатезлар вужудга келишида иштирок этади.

ХОДЖКИН ЛИМФОМАСИ ШВ БОСҚИЧИДА ХИМИОТЕРАПИЯНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

т.ф.н.Хасанов Д.Ш.Одилов Д.Д. Махмудов А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунини долзарблиги: Ходжкин лимфомасини даволаш замонавий онкологияни долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ҳозирги кунда Ходжкин лимфомаси дунёда хавфли ўсмалар келтириб чиқарувчи ўлим кўрсаткичи бўйича ўпка саратонидан сўнг 5-ўринни эгаллаб турибди. Махсус даво ўтказилмаган ходжкин лимфомаси билан беморлар яшовчанлик медианаси 1йилдан 2йилгачани (бемор ёшини, ҳамроҳ хасталигини инобатга олган ҳолатда) ташкил қилади. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бу беморларда химиотерапиядан сўнг яшовчанлик кўрсаткичи (60-80% беморларда)4йилдан 7 йил гача ортирилади.

Тадқиқот мақсади:Ходжкин лимфомаси ШВ босқичидадаво натижаларини яхшилаш.

Материал ва услублар: Тадқиқот 2018-2020 йилларда Р.И.О. ва Р.И.А.Т.М. Андижон вилоят филиали химиотерапия бўлимида ходжкин лимфомаси ташхиси билан даволанган 20 нафар бемор кузатув натижаларига асосланган. Беморлар 2 гуруҳга бўлиниб ўрганилган, 1-гуруҳABVD. схемада, 2-гуруҳга ВЕАСОРР схемаларида химиотерапия ўтказилган.

Тадқиқот натижалари: Биринчи гуруҳда химиотерапия ABVD:Доксорубицин25 мг/м² 1-14-кун, Блемомицин 10 мг/м² 1-14-кун,Винбластин 6 мг/м²1-14-кун, Дакарбазин 375мг/м² 1-14-кунрежими қўлланилган, даво курси ҳар 1-14 кунда такрорланган. Иккинчи гуруҳда химиотерапия

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ВЕАСОРР: Циклофосфан 650 мг/м² 1 кун, Доксорубицин 25 мг/м² 1 кун, Этопозид 100 мг/м² 1 кун, Прокарбазин 100 мг/м², Преднизолон 40 мг/м², Блеомицин 10 мг/м² режими қўлланилган, даво курси ҳар 3 ҳафтада такрорланган ва радиотерапия (СОД 30 гр-40 гр-50 гр 25 кун давомида) билан биргаликда ўтказилган. Даво самарадорлиги ҳар 3 ҳафтада клиник ва ультратовуш, ҳар 6 ойда МСКТ текширувлар ёрдамида баҳоланган. Даво самарадорлигини таҳлил қилишда бирламчи ўсма локализацияси, гистологик типи, дифференцировка даражаси, алоҳида метастазлар мавжудлиги, бемор ёши, жинси, ҳамроҳ касалликлари эътиборга олинди.

Ўтказилган давога объектив жавоб 1-гурӯҳда-50.0%-68%, 2-гурӯҳда- 42.0%, жараён стабилизацияси 1-гурӯҳда 50%- 68.0%, ҳаёт давомийлиги медианаси ўртача 2 йил, 3 йил, 7 йиллик умумий яшовчанлик 40.0% -62.0% биринчи ва иккинчи гурӯҳда мос равишда ташкил қилган.

Хулоса: Ходжкин лимфомасида I ва II қатор химиотерапия ҳаёт давомийлиги медианаси ўртача 2-3-йилга ортади. II қатор химиотерапия қўлланиши касаллик стабилизация вақтини 42%га узайтиради.

НОХОДЖКИН ЛИМФОМАСИ III БОСҚИЧИДА ТАРГЕНТ ХИМИОТЕРАПИЯСИ

*Хасанов Д.Ш. Одилов Д.Д. Махмудов А
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунини долзарблиги: Ҳозирги кунда ноходжкин лимфомаси билан беморларнинг 50-55% кечки босқичларда аниқланаётганлиги ачинарли ҳолатдир. Махсус даво ўтказилмаган кечки босқичларда аниқланган ноходжкин лимфомаси билан беморлар яшовчанлик медианаси 1-3 йилни ташкил қилади. Бундай беморлар асосий давоусули химиотерапия ҳисобланади. Ноходжкин лимфомасининг замонавий химиотерапияси келажаги таргент даво ҳисобланмоқда. Ноходжкин лимфомасида таргент химиотерапия беморлар яшовчанлик кўрсаткичини сезиларли даражада ортиради.

Тадқиқот мақсади: Ноходжкин лимфомаси III босқичида даво натижаларини яхшилаш.

Материал ва услублар: Тадқиқот 2018-2020-йилларда Р.И.О. ва Р.И.А.Т.М. Андижон вилоят филиали химиотерапия бўлимида бирламчи ноходжкин лимфомаси ташхиси билан даволанган 25 нафар бемор кузатув натижаларига асосланган. Тадқиқот 2 гурӯҳда ўрганилган, 1-гурӯҳда RCHOP схемада, 2-гурӯҳда RCHOEР схемада химиотерапия ўтказилган.

Тадқиқот натижалари: Биринчи гурӯҳда химиотерапия **RCHOP:** Ритуксимаб (Мабтера) 375 мг/м² 1-кун, Доксорубицин 50 мг/м² 1-кун, Циклофосфамид 750 мг/м² 1-кун, Винкрестин 1.4 мг/м² 1-кун, Этопозид 100 мг/м² 1-3-кун, Преднизолон 40 мг в/и га 1-5-кун режими қўлланилган, даво курси ҳар 22 кунда такрорланган. Иккинчи гурӯҳда химиотерапия **RCHOEР:** Ритуксимаб (Мабтера) 375 мг/м² 1-кун, Доксорубицин 50 мг/м² 1-кун, Циклофосфамид 750 мг/м² 1-кун, Винкрестин 1.4 мг/м² 1-кун, Преднизолон 100 мг в/и га 1-5-кун давомида даво курси ҳар 22 кунда такрорланган. Даво самарадорлиги ҳар 3 ҳафтада клиник ва ультратовуш, ҳар 3 ойда МСКТ текширувлар ёрдамида баҳоланган. Даво самарадорлигини таҳлил қилишда бирламчи ўсма локализацияси, ҳажми, дифференцировка даражаси, алоҳида метастазлар мавжудлиги, бемор ёши, жинси, ҳамроҳ касалликлари эътиборга олинди.

Ўтказилган давога объектив жавоб 1-гурӯҳда- 55.0 %, 2-гурӯҳда-62.0%, жараён стабилизацияси 40%- 70%, ҳаёт давомийлиги медианаси ўртача 3 йил. 5 йиллик умумий яшовчанлик 34.0% -42.0 % биринчи ва иккинчи гурӯҳда мос равишда ташкил қилган.

Хулоса: 3-босқичда аниқланган ноходжкин лимфомаси III босқичида таргент химиотерапияни қўлланиши, беморларнинг стационарда бўлиш кунларини қисқартиради, ҳаёт давомийлиги медианасини ўртача 3-5 йилга ортиради, касаллик стабилизациясини 40-60%га узайтиради.

ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИНИНГ ЭРОЗИВ ШИКАСТЛАНИШИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА КОМОРБИД ҲОЛАТЛАРНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

*Ходиева Ш.Б. - Олий ҳамширалик иши факультети 3-курс талабаси
Илмий раҳбар: Шайхова М.И. - Амбулатория тиббиёти, жисмоний тарбия кафедраси ассистенти
Тошкент педиатрия тиббиёт институти*

Долзарблиги. Болалар гастроэнтерологиясида коморбид ҳолатлар тасодифий эмас, кўп ҳолатларда касалликнинг кечишини оғирлаштиради, ресурс харажатларини оширади. Коморбид ҳолатлар қўлланиладиган дори препаратлари нојўя таъсирининг юзага келишига сабабчи бўлиши мумкин. Овқат ҳазм қилиш касалликларида коморбид ҳолатлараввалдан маълум: аззолар шикастланишининг бирга келиши касалликларни ташхислашда эҳтиёткорликни ва адекват терапияни олиб боришни талаб этади.

Тадқиқот мақсади: Ошқозон-ичак трактининг эрозив шикастланиши бўлган болаларда коморбид ҳолатларни таҳлил қилиш.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Текширув гуруҳини 9 ёшдан 15 ёшгача ошқозон-ичак трактининг эрозив шикастланиши бўлган 19 нафар ўғил болалар ва 14 нафар қиз болалардан иборат бўлган 33 нафар болалар ташкил қилдилар.

Болаларда сўровнома ўтказиш, беморлар кўруви, амбулатор карталар асосида клиник-анамнестик маълумотлар, жумладан, фон касалликларининг тахлили олиб борилди. Коморбид ҳолатлар кузатув гуруҳидаги болаларнинг 20 (60,6%) нафарида аниқланди. Жумладан, гастроэзофагеал рефлюкс – 4 нафар (22,0%) болаларда, ичак дисбактериози – 3 нафар (16,6%) болаларда, сийдик йўллари инфекцияси – 1 нафар (12,5%) болаларда, темир танқислиги камқонлиги 3 нафар (16,6%) болаларда аниқланди. Аллергик касалликлар кузатув гуруҳидаги коморбид ҳолатлар бўлган болаларнинг 6 нафарида аниқланган. Улар орасида кўпинча аллергия персистиранувчи ринит – 2 нафар болада, атопик дерматит – 4 нафар болаларда кузатилган. Юрак-қон томир тизими томонидан битта болада миокардиодистрофия ва 1 та болада бўлмачаларо тўсиқ нуксони аниқланган. Марказий ва периферик асаб тизими касалликларидан вегетатив дисфункция синдроми 2 нафар болаларда аниқланган. Эндокрин патология орасида экзоген-конституционал семизликнинг 1-2 даражаси 3 нафар болаларда кузатилган. 33% ҳолатларда сурункали инфекция ўчоқлари (сурункали тонзиллит, 1-2 даражали аденоидлар, сурункали синуситлар) аниқланган. 27,7% болалар 2 ва ундан ортиқ коморбид ҳолатларга эга бўлганлар.

Тадқиқот натижалари. Олиб борилган тадқиқот натижалари ошқозон-ичак трактининг эрозив шикастланиши бўлган болаларда коморбид ҳолатларнинг кўп учраганлигини кўрсатган. Улар орасида овқат ҳазм қилиш патологияси, сурункали инфекция ўчоқлари, аллергия касалликлар устунлиқ қилган, бу базис терапияни танлашда қийинчилик туғдириши мумкин.

Хулоса. Шундай қилиб, ошқозон-ичак трактининг эрозив шикастланиши бўлган болаларни олиб боришда турли соҳадаги шифокор мутахассисларнинг ўзаро ёндошувини ва шубҳасиз, нафақат шикастланишларни эрта ташхислаш, балки адекват комплекс терапияни олиб боришни талаб этади. Касалликларни ташхислашда коморбид ҳолатларни ва бир неча касалликларни даволашда, коморбидлик дори препаратларининг ноўйиб таъсирлари хавфини ошириши мумкинлиги боис, дори воситаларининг мослигини ҳисобга олишни талаб этади.

БЕМОРЛАР ОВҚАТЛАНИШ ТУРИ ВА ТАРТИБИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ХОЛДА ИЧАК МИКРОФЛОРАСИ МЕТАБОЛИЗМИГА ТАЪСИРИ

Холикова Д.С., Жўраева М.А., Ашуралиева М.А., Ашуралиева Н.Д., Очилдиев Ж.З.

Андижон давлат тиббиёт институти

Барча тоифа ёшдаги инсонларда ўлим сабаблари орасида юрак қон томир хасталликлари етакчилик қилиб келмоқда. [Искаков Е.Б., 2017]. Юрак қон томир касалликларининг ривожланишининг асосий сабабларидан бири бу атеросклероздир-эластик ва мушак типдаги артерияларни сурункали хасталиги, томирлар интимасида холестерин ва липопротеидларнинг тўпланиши ва томир ичи тешигини торайиши билан боғлиқдир. Атеросклеротик бляшка билан яққол торайганида юрак ишемик касаллиги ривожланиши мумкин. Ҳозирги кунда, ЮИК терапиясида қатор дори дармонларни қўлланиб келингани ханузгача ушбу касалликдан келиб чиққан ўлим хавфи юқоридир. Бундан келиб чиқиб, атеросклерозни келиб чиқиши ва зўррайиб бориши, атеротромбоз сабаблари, тромбоцитлар агрегацияси каби жараёнларга алоҳида олимлар эътиборини тортмоқда, [В.Т. Ивашкин, 2016.]. Лаборатор диагностика янги усуллари ривожланиб бориши турли касалликларда инсон ичак микробиомини таркиби ва метаболик фаоллигини ўрганишга шароит яратилди. Юрак хасталиги бор беморларда метаболик кўрсаткичини таҳлил қилганда Tang et al - триметиламин-N-оксид (ТМАО) бирикмаси аниқланди, фосфатидилхолина и L-карнитин метаболизмдан келиб чиқиб, юрак қон томир юқори риск омиллари бор инсонларда концентрацияси юқори бўлган [Tang WH, Wang Z, Levison BS, Koeth RA, Britt EB., 2013.].

Айнан шу омиллар **тадқиқот мақсадини** белгилади юрак ишемик касаллиги мавжуд беморларда ичак микробиотасининг ўзгариши проатероген метаболит триметиламин-N- оксидни ишлаб чиқишига таъсир кўрсатишини ҳисобга олган ҳолда баҳолаш, даволаш ва олдини олиш учун профилактик чора тадбирлар ишлаб чиқиш.

Беморларни овқатланишни баҳолаш анкета усулида олиб борилган Алоҳида фарқлаш учун кам гушт, сут маҳсулотлари ва кўпроқ балиқ ҳамда тухум маҳсулотларини истеъмол қилувчи беморлардан ташкил этилган назорат гуруҳига ҳам анкета тарқатилди. Гул қарам, брокли ва денгиз маҳсулотларини истеъмол қилиш бўйича барча гуруҳларда маълумотлар бир бирига нисбати ўхшаш кузатилди. (р - критерий Манна-Уитни) 1 гуруҳда юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда ҳафтада тухум нисбати 0-1 дона ҳафтасига 37.9% 2 гуруҳда Энтерол билан даволаганда- 26.7% ; 3 гуруҳда Энтерол ва прокинетик қўллаганда-13.3% ; 4 гуруҳда ҳеч қандай дори дармон қўлламаганда-6.7% ташкил этди; Ҳафтасига 3-5 дона тухум истеъмол қилганда 10.3% ;30.0% ;46.7% ;53.3% ; ташкил этди яъни $p_{1-2}>0,05$; $p_{1-30,05}$; $p_{2-40,05}$ га тенг. Мол гўштини 0-1 марта ҳафтасига истеъмол қилган ҳар бир гуруҳга нисбати 86.2% ; 2-86.7%; 3-90.0%; 4- 100.0% ташкил этди, 2-3 маротаба ҳафтасига истеъмол қилганлар 1-34.5%; 2-43.3% ; 3-43.3%; 4-56.7% $p_{1-2}>0,05$; $p_{1-3}>0,05$; $p_{1-4}>0,05$; $p_{2-3}>0,05$; $p_{2-4}>0,05$; $p_{3-4}>0,05$ ташкил этди. Ҳафтасига 3-5 маротаба

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

мол ғўшит истеъмол қилганлар 1 чида -37.9% , 2-40.0% , 3-43.3%; 4- 23.3% ни ташкил этди $p1-2>0,05$; $p1-3>0,05$; $p1-4>0,05$; $p2-3>0,05$; Хафтасига 6 ва ундан кўп истеъмол қилганлар 1- 10.3% ; 2-0.0%; 3- 0.0% ; 4- 0.0%, яъни $p1-2>0,05$; $p2-4>0,05$; $p3-4>0,05$. Пишлоқни бир маҳал истеъмол қилганлар 1 гуруҳдагилар- 34.5%; 2-16.7% ; 3-16.7% ; 4-40.0%ташкил этди, яъни $p1-2>0,05$; $p1-3>0,05$; $p1-4>0,05$; $p2-3>0,05$. Пишлоқни 2-3 маротаба хафтасига истеъмол қилганлар биринчи гуруҳдагиларда - 58.6% ; иккинчи- 66.7%; учинчи- 73.3% ва туртинчисиди - 60.0%, яъни $p1-2>0,05$; $p1-3>0,05$; $p1-4>0,05$; $p2-3>0,05$. Хафтасига 3-5 маротаба биринчида- 6.9%; 2- 16.7% ; 3-10.0%; 4- 0.0% яъни $p1-2>0,05$; $p1-3>0,05$; $p1-4>0,05$; $p2-3>0,05$; $p2-4>0,05$; $p3-4>0,05$ Денгиз махсулотларида 0-1марта хафтасига хар бир гуруҳда100.0% дан $p1-2>0,05$; $p1-3>0,05$; $p1-4>0,05$; $p2-3>0,05$; $p2-4>0,05$; $p3-4>0,05$ ташкил этди.

Яъни хулоса қилиб айтганда ЮИК билан хасталанган беморларда овқатланиш тартибиди фосфатидилхолин ва L-карнитин мавжуд махсулотлар кузатилгани ва юрак хасталиги кузатилмаган инсонларда ушбу махсулотлар нисбатан кам истеъмол қилиниши кузатилди

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АНТРОПОМЕТРИК ЎЗГАРИШЛАРНИ КЎРИБ ЧИҚИШ

Холикова Д.С., Жўраева М.А., Ашуралиева М.А., Ашуралиева Н.Д., Очилдиев Ж.З.

Андижон давлат тиббиёт институти

Барча тоифа ёшдаги инсонларда ўлим сабаблари орасида юрак қон томир хасталликлари етакчилик қилиб келмоқда.[Искаков Е.Б., 2017]. Юрак қон томир касалликларининг ривожланишининг асосий сабабларидан бири бу атеросклероздир-эластик ва мушак типдаги артерияларни сурункали хасталиги, томирлар интимасида холестерин ва липопротеидларнинг тўпланиши ва томир ичи тешигини торайиши билан боғлиқдир. Атеросклеротик бляшка билан яққол торайганида юрак ишемик касаллиги ривожланиши мумкин. Хозирги кунда, ЮИК терапиясида қатор дори дармонларни қўлланиб келингани ханузгача ушбу касалликдан келиб чиққак ўлим хавфи юқоридир. Бундан келиб чиқиб, атеросклерозни келиб чиқиши ва зўррайиб бориши, атеротромбоз сабаблари, тромбоцитлар агрегацияси каби жараёнларга алоҳида олимлар эътиборини тортмоқда, [В.Т. Ивашкин, 2016.]. Лаборатор диагностика янги усулларини ривожланиб бориши турли касалликларда инсон ичак микробиомини таркиби ва метаболик фаоллигини ўрганишга шароит яратилди. Юрак хасталиги бор беморларда метаболик кўрсаткичини таҳлил қилганда Tang et al - триметиламин-N-оксид (ТМАО) бирикмаси аниқланди, фосфатидилхолин ва L-карнитин метаболизмдан келиб чиқиб, юрак қон томир юқори риск омиллари бор инсонларда концентрацияси юқори бўлган [Tang WH, Wang Z, Levison BS, Koeth RA, Britt EB., 2013.].

Айнан шу омиллар **тадқиқот мақсадини** белгилади юрак ишемик касаллиги мавжуд беморларда ичак микробиотасининг ўзгариши проатероген метаболит триметиламин-N- оксидни ишлаб чиқишига таъсир кўрсатишини ҳисобга олган ҳолда баҳолаш, даволаш ва олдини олиш учун профилактик чора тадбирлар ишлаб чиқиш.

Илмий изланишлар 90 нафар ЮИК билан хасталанган беморда ва 30 нафар юрак хасталиги мавжуд эмас инсонларда (назорат гуруҳи)да тана юки урганилган. текшириш мобайнида 58 нафар аёл (48.7 %) ва 61 нафар эркак (51.3 %) иштирок этган. Ўртача ёш юрак ишемик касаллигини стабил стенокардия 2-3 ФС билан хасталанган беморларда 65 ± 3.7 ёшни ташкил этди. Барчасида ёш ва антропометрик кўрсаткичлар ўрганилганда куйидаги маълумотлар аниқланган. Биринчи гуруҳдагиларда ёш 65.90 ± 4.00 $p1-2>0,05$;; иккинчида- 64.90 ± 3.54 $p1-3>0,05$;; учинчида 64.53 ± 3.84 $p1-4>0,05$;; тўртинчи гуруҳда 59.83 ± 3.15 $p2-4>0,05$ ташкил этди. Буйи гуруҳларга нисбатан 1 гуруҳ- 167.03 ± 4.83 , 2 гуруҳ- 168.20 ± 6.26 , 3- гуруҳ - 169.40 ± 6.77 , туртинчи гуруҳда- 170.70 ± 6.31 уларни нисбати куйидагича эди $p1-2>0,05$; $p1-3>0,05$; $p1-4>0,05$; $p2-3>0,05$; $p2-4>0,05$; $p3-4>0,05$. Тана вазми 84.31 ± 6.93 84.33 ± 6.94 87.40 ± 7.07 73.83 ± 8.67 $p1-2>0,05$; $p1-3>0,05$; $p1-4>0,05$; $p2-40,05$; $p2-40,05$; $p1-3>0,05$; $p1-40,05$; $p2-40,05$, $p1-3>0,05$, $p2-3>0,05$, $p1-4>0,05$, $p2-4>0,05$) ва чекиш иштирокчилар ичида аниқланмади ($p1-2>0,05$, $p1-3>0,05$, $p2-3>0,05$, $p1-4>0,05$, $p2-4>0,05$).

Юқоридаги хар бир гуруҳдаги ўзгаришларни ўрганиб чиқиб хулоса қилдикки юрак ишемик касаллиги билан хасталанган беморларда паст кўрсаткичда тана вазми ва баланд бўйи нисбати туртинчи гуруҳдагиларда кузатилмоқда.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИКА ШАРОИТИДА БОЛАЛАР ЎРТАСИДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА –ТАДБИРЛАРИ

Шаробиддинов Н.В. 1-курс магистр

Илмий раҳбар: Я.Ф. Усманова, Оилавий шифокорларни МО ва ҚТ, ССБ ЖСС кафедраси.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда болалар ўртасида Вирусли гепатит А касаллигининг олдини олиш ишларини сифатини яхшилаш.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Асослаш: Вирусли гепатит А касаллиги ҳозирги кунда тиббиётнинг олдида турган долзарб муаммолардан биридир. Вирусли гепатит А билан касалланиш болалар орасида ўсиб бормоқда. Поликлиника шароитида Вирусли гепатит А касаллигининг олдини олишда бир катор муаммолар мавжуд. Оила шифокорининг вазифаси касалликелтириб чиқарувчи хавф омилларини аниқлаш ва бартараф қилиш, ҳамда гепатит А касаллигига қарши эм дори борлиги ҳақида аҳолининг билим савиясини ошириш. Услуб: Бизнинг текширув ишларимиз Қўшариқ даҳа № 41, №43, №44 кўп қаватли уйларда ўтказилди. Текширувимизга 36 нафар 20-40 ёшгача бўлган оналар жалб қилинди. Текширув усули сифатида махсус ишлаб чиқарилган, 3 пунктли 10 та саволни ўз ичига олган анкета сўровномасидан фойдаланилди. Қатнашчилар орасида аввал 1- анкета сўровномаси ўтказилди. Сўнгра ушбу қатнашчиларга оила шифокори томонидан Вирусли гепатит А касаллигини келтириб чиқарувчи хавф омиллари, клиник белгилари, касаллик асоратлари, профилактика тадбирлари ва эмлаш ишлари ҳақида маъруза қилинди. Маърузадан сўнг 2-анкета сўровномаси ўтказилди. Қуйидаги натижаларга эришилди: 1- анкета сўровномасида жами 12(33,3%) киши, 2- анкета сўровномасида 34(94,4%) киши жавоб берди. Текширувимиз натижаси шуни кўрсатдики, оналар Вирусли гепатит А касаллиги тўғрисида етарли даражада маълумотга эга эмас. Бунга сабаб бирламчи тиббий бўғинда аҳоли орасида профилактик ишларининг яхши олиб борилмаганидир. Хулоса: Бирламчи тиббий бўғинда бирламчи – профилактика, патронаж ишларининг сифат даражаси паст. Текширувлар натижаси шуни кўрсатиб турибди-ки, оналар Вирусли гепатит А касаллигини келтириб чиқарувчи хавф омиллари, клиник белгилари, касаллик асоратлари ва профилактикаси ҳақида етарли маълумотга эга эмас.

БИРЛАМЧИ ТИББИЙ САНИТАРИЯ ЁРДАМИ МУАССАСАЛАРИ ШАРОИТИДА АҲОЛИ ЎРТАСИДА СЕМИЗЛИКНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

*Шаробиддинов Н.В. 1-курс магистр
Илмий раҳбар: Я.Ф. Усманова
Оилавий шифокорларини МО ва ҚТ, ССБ ЖСС кафедраси.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг асослаш: Семизлик бу патологик ҳолат бўлиб, моддалар алмашинувининг бузилиши ва тана вазнини шахсий нормадан ортиқча бўлиши билан белгиланади. Семизлик метаболик синдром ривожланишига олиб келадиган патологик ҳолат бўлиб, кўпгина сурункали касалликлар (қандли диабет, юрак қон-томир касалликлари) юзага келишига сабаб бўлади. Семизлик ҳозирги кунда тиббиёт олдида турган долзарб муаммолардан биридир, чунки мамлакатимизда ҳам семиз одамларнинг фоизи ортиш мойиллигига эга. Семизлик сурункали касаллик бўлиб, болалар ва ўсмирлар ўртасида ҳам учрамоқда. Бирламчи звенода семизлик ва бунинг оқибатида келиб чикувчи касалликларнинг олдини олиш муҳим аҳамиятга эга. ОП шароитида ҳар бир миқдорнинг бўйи ва вазнини ўлчаш, тана вазни индексини формула бўйича ҳисоблаш, келтириб чиқарувчи хавф омилларига қарши курашиш муҳим ўрин тутди. Ушбу тадбирларнинг ўта муҳимлиги шундаки, ўз вақтида ўтказилган бу тадбирлар семизлик ва унинг оқибати натижасида келиб чиққан ногиронликларни олдини олади. Мақсад ва вазифалар: 1. ОП шароитида аҳолини семизлик ва унинг олдини олиш бўйича хабардорлиги даражасини ўрганиш ва сифатини ошириш. 2. ОП врачларини семизлик туфайли юзага келувчи касалликлар ва уларнинг асоратларининг олдини олиш кўникмалари даражасини ошириш; 3. «Семизлик ва унинг олдини олиш» мактабини ташкил қилиш; ТВЙси 24,9 дан юқори миқдорларни режа асосида касаллик ва унинг асоратлари ҳақида ўқитиш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Мазкур тадқиқот ишлари Андижон вилояти Олтинқўл тумани 41- ОПда ўтказилди. Умумий аҳоли сони 8629 нафар. ОПнинг 40-60 ёшдаги аҳолиси орасидан тасодифий танлаш йўли билан 52 нафар киши олинди. Ажратиб олинган аҳоли гуруҳи ўртасида дастлаб бўйи, вазни ўлчаниб, ТВЙси аниқланди, кейин сўровнома орқали жисмоний фаоллик, овқатланиш рақибони, зарарли одатлар, ирсий мойиллик ва турмуш тарзи ҳолатлари ҳам ўрганилди. Таҳлиллар шуни кўрсатдики, мазкур ОП аҳолиси ўрганилган гуруҳи ўртасида семизликнинг (ортиқча вазн) тарқалиши 35 нафар (67,3%) ни ташкил қилди. 35 нафарнинг 21 нафари (60,6%) аёллар, 14 нафари (39,4% ни) эркеклардан иборат. Семизлик (ортиқча вазн) аниқланганларнинг аксарият қисми ўз ҳолатлари ҳақида билмаган. ОП тиббий ходимлари ҳам касаллик ҳақида етарли маълумотга эга эмас. Қиритилган ўзгаришлар: Тузилган команда билан биргаликда ОПда “Семизлик ва унинг олдини олиш” мактаби иши йўлга қўйилди ва тиббий ходимларни семизликка (ортиқча вазн) олиб келадиган патологик ҳолатлар ва улар асоратларининг олдини олиш бўйича ўқув машғулотни ташкил қилиниб, ўқитиш ишлари олиб борилди. Тиббий ходимлар қўшимча ахборот воситалари билан (буклетлар, брошюралар, адабиётлар) таъминланди. Текширув натижасида семизлиги (ортиқча вазн) бор деб аниқланганлар учун режа асосида семизлик хавф омилларини ва уни бартараф қилиш, семизлик ривожланиши натижасида келиб чиқадиган касалликлар ва уларнинг асоратларини олдини олиш бўйича ўқитиш ишлари олиб борилди.

Хулоса ва тавсиялар. ОП врачларини семизлик билан оғриган беморларда касаллик асоратлари профилактикаси тадбирларини стандартларга асосланган ҳолда ташкил қилишига йўналтириш ўта муҳим. Умумий амалиёт программаси бўйича тиббий ходимларни муаммо бўйича ўқитишни ташкил қилиш зарур. Ушбу тадбирларни ўтказишда қайта алоқа ва ўзаро ёрдам тамойилларига асосланган ҳолда олиб бориш

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

талаб этилади. Йилнинг маълум санасида стандарт ва индикаторларга асосланган ҳолда, мониторинг ўтказиб туриш зарур. Мониторинг натижаларини команда аъзолари билан биргаликда муҳокама қилиб бориш ва кейинги тактикани ишлаб чиққан ҳолда ишларни олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

МАКТАБ ТАЪЛИМИНИ ТУБДАН ЎЗГАРТИРИШ ВА УНИНГ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ ХУСУСИДА

Шаробиддинов Б.Т. – Марфология йўналиши магистри
Рахмонов Р.Р. – Тиббий биология ва гистология кафедраси мудири
Андижон давлат тиббиёт институти

Юртимизда мактаб таълимини тубдан яхшилаш ва унинг сифатини ошириш давлат сиёсати даражасига кўтарилган. Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг йўллаган Мурожаатномасида бу соҳага алоҳида тўхталиб ўтилган, яъни 2021 йилда 30 та янги мактаб қуриш, 320 та мактабни таъмирлаш ва моддий-техник базасини яхшилаш мақсадида бюджетдан 2 триллион сўм ажратилади. Соҳада ягона “электрон таълим” тизимини жорий этишга келгуси 2 йилда 250 миллиард сўм йўналтирилади.

Таълим сифатини тубдан яхшилаш мақсадида, аввало, ўқув дастурлари, ўқитувчи ва домлалар учун методик қўлланмаларни илғор халқаро мезонларга мослаштириш лозим. Болаларнинг тахлилий ва креатив фикрлаш қобилиятини ривожлантириш учун уларга сермазмун ва тушунарли дарсликлар яратиш зарур. Бу борада келгуси ўқув йилида бошланғич синфларда давлат таълим стандарти ўрнига, илғор хорижий тажриба асосида, болага ортиқча юклама бермайдиган “Миллий ўқув дастури” жорий этилади. Умумтаълим мактабларидаги таълим сифати пойтахтда ҳам, олис кишлоқларда ҳам юқори бўлиши шарт. Бунинг учун чекка ҳудудларда мактабларни малакали кадрлар билан таъминлаш, таълим сифатини яхшилаш бўйича алоҳида дастур амалга оширилади. Жумладан, бошқа тумандаги олис мактабга бориб, дарс берадиган ўқитувчилар ойлигига 50 фоиз, бошқа вилоятга бориб ишласа – 100 фоиз устама ҳақ тўланади. Шунингдек, ҳудудларда хусусий мактаблар фаолиятини рағбатлантириш учун бюджетдан субсидиялар ажратилади. Ёшларнинг иқтидори ва салоҳиятини тўғри йўналтиришга қаратилган узлуксиз тизим яратилади. Келгуси йилда юртимизда 10 та Президент мактаби, кимё-биология, математика, ахборот технологияларига ихтисослашган 197 та мактаб ўз фаолиятини бошлайди. Иқтидорли ўғил-қизларимизнинг юқори технологиялар ва билимларни чуқур ўзлаштиришига кенг шароит яратиш ҳамда рақобатбардош миллий кадрларнинг янги авлодини тайёрлаш мақсадида Тошкент шаҳрида янги замонавий университет ташкил этилади. Ушбу олийгоҳда чет элдаги етакчи олимлар ва профессор-ўқитувчилар жалб қилиниб, ёшларга энг замонавий дастурлар асосида таълим-тарбия берилади.

Болаларимизнинг меҳнат қўникмаларини мактаб давридан бошлаб шакллантириб бориш мақсадида “касбга ўргатиш тизими” жорий этилади.

Мана шундай ижобий ислохотларга ўқитувчи-мураббийлар ҳам “лаббай” деб жавоб беришлари, ислохотларни тезроқ самара беришига ўзларининг муносиб ҳиссаларини қўшишлари керак. Чунки таълим-тарбия кечиктириб бўлмас бурч ва мажбурият ҳисобланади.

ОНАЛИК ВА БОЛАЛИКНИНГ МУҲОФАЗА ЭТИЛИШИ

Шокаримова Н.Б. – Морфология йўналиши магистри
Илмий раҳбар: Рахмонов Р.Р. – Тиббий биология ва гистология кафедраси мудири
Андижон давлат тиббиёт институти

Ўзбекистон Республикаси Президент Шавкат Мирзиёев раҳбарлигида аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш, оналик ва болаликни муҳофаза этишга қаратилган муҳим ислохотлар амалга оширилмоқда ва ўзининг ижобий самарасини бермоқда. Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан ислоҳ қилиш, оналик ва болаликни ўз вақтида ҳимоялаш бўйича юртимизда миллий модел яратилган. Бу борада соғлом бола дунёга келиши учун жамиятда соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, оилаларнинг маънавий ва моддий томондан қўллаб-қувватлаш, ҳомиладорликни, она ва болани муҳофаза қилиш, болалар ва ўсмирларни соғлом вояга етишлари учун барча шароитларни яратиш, уларни маънан ва жисмонан етук бўлиб вояга етишлари учун ислохотларни янада чуқурлаштиришга алоҳида эътибор қаратилмоқда.

Соғлиқни сақлаш тизимини моддий-техник базасини мустаҳкамлаш, тизимни етарли, малакали мутахассислар билан таъминлаш, тиббиёт ходимлари меҳнатини рағбатлантириб бориш, замонавий технология, усуллар ва жиҳозлар билан таъминлаш энг муҳим масала сифатида қўндаланг қўйилди.

2021 йилдан бошлаб 15 ёшгача бўлган болалар ва ҳомиладор аёлларга 7 турдаги витаминлар, болалар учун паразитар касалликларга қарши дори воситалари бепул тарқатилади. Бу жараён билан 2021 йилда – 11 миллион нафар, 2022 йилда – 17 миллион нафар аҳоли қамраб олинади ва бу ишларга 100 миллиард сўм маблағ йўналтирилади. Аёллар ва болаларни йод, темир, фолий кислотаси, витаминлар ва

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

паразитларга қарши дорилар билан бепул таъминлаш орқали аҳоли ўртасида камқонлик 25 фоизга камайтирилади. Олис ва чекка ҳудудларда бирламчи ва ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиш ва эҳтиёжманд аҳоли учун скрининг тадбирларига хусусий шифохоналар ҳам жалб этилиб, уларга субсидия ажратилади. Ҳар бир маҳаллада, энг аввало, 5 ёшгача болалар, шунингдек, туғиш ёшидаги ва ҳомиладор аёллар, ногиронлиги бўлганлар, қон-томир, онкологик, эндокрин каби касалликларга мойиллиги бўлган фуқаролар билан ишлашнинг алоҳида тизими жорий этилади. Шу билан бирга, давлат томонидан бепул тиббий хизматлар ва дори воситалари рўйхати қайта шакллантирилиб, улар билан аҳолини кафолатли таъминлаш тизими босқичма-босқич йўлга қўйилади. Шунингдек, тиббий хизматлар кўрсатишда бирламчи бўғин қамровини кенгайтириш мақсадида келгуси 3 йилда 315 та “оилавий шифокор” пункти ва 85 та оилавий поликлиника ишга туширилади. Аҳолини, айниқса ҳомиладор аёллар, она ва болани саломатлигини муҳофаза қилиш борасида ислохотлар ўзининг ижобий натижасини бермоқда. Ислохотларда иштирок этаётган шифокорларга ҳам қулай шарт-шароитлар яратилмоқда.

ХОМИЛАДОР ВА ТУҒУВЧИ АЁЛЛАРДА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ БИЛАН БОҒЛИҚ НОХУШ САЛБИЙ ҲОЛАТЛАР

*Шухратов Х.Д.-даволаш факультети 1-босқич талабаси
Илмий раҳбар: Боймонов Ф.Х. PhD, Суд тиббиёти кафедраси ассистенти
Самарқанд Давлат тиббиёт институти*

Мамлакатимиз миқёсида тиббий ёрдам хизматини тубдан яхшилаш борасида олиб борилаётган кенг қамровли ишлар ва бу борада кўрилатган чора-тадбирлар натижадорлиги сезиларли даражада ошмоқда. Шунга қарамайдан айрим ҳолатларда тиббий ёрдам кўрсатишдаги йўл қўйилаётган нуқсонлар оқибатида беморлар соғлиғига зарар етказилиши ҳолатлари ҳам қайд қилинмоқда.

Ишнинг мақсади: Хомиладор ва туғувчи аёлларга тиббий ёрдам кўрсатишдаги йўл қўйилган нуқсонлар билан боғлиқоқибатлар ху сусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материалари ва услублари. Қайд этилган мақсаддан келиб чиққан ҳолда 2015-2020-йиллар мобайнида РСТЭИАМ Самарқанд филиалидабажарилган комиссиян экспертиза хулосалари ўрганилди ва таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси. Комиссиян СТЭ лар натижалари бўйича хомиладор ва туғувчи аёлларга тиббий ёрдам кўрсатиш ҳолатларига оид экспертизалар 50 тани (35,7 %) ташкил қилган. Мазкур ҳолатларда йўл қўйилган тиббий ёрдам нуқсонлари қуйидаги оқибатларга олиб келганлиги аниқланди.

- Хомиланинг ўлимига олиб келган ҳолатлар: - бачадон ёрилиши, мекониял қоғонок сувининг барвақт кетиши, асфиксия билан туғилган пневмопатия ҳолати, кечикиб сунъий нафас апаратыга уланиши, пневмопатиянинг ателектатик шакли, ўткир нафас ва юрак етишмовчиликлари.

- Онанинг ўлимига олиб келган ҳолатлар: - HELLP-синдром, ДВС синдром ва полиорган етишмовчилик, перитонит, сепсис, септикосемия касалликларини ривожланиши ва ушбу касалликлар асоратлари.

- Она ва боланинг ўлимига олиб келган ҳолатлар: ўткир қон кетиш, постгеморрагик шокни оғир даражаси, постгипоксик энцефалопатия, нормал жойлашган хомиланивақтидан олдин кўчиши, геморрагик шок муҳитида юзага келган ДВС синдром ҳамда полиорган етишмовчилик.

Хулоса. Йўл қўйилган нуқсонлар оқибати оналар ўлими 34 (68%) ни болалар (хомила) ўлими 11 (22%) ни оналар ва хомила ўлимига 5 (10%) сабаб бўлганлиги аниқланди. Тиббий ходимнинг бевосита касбий ва лавозимли фаолияти билан боғлиқ нотўғри ёки нотўлиқ ҳаракати (ҳаракатсизлиги), жумладан беморга нисбатан лоқайд муносабатда бўлиш, малакасизлик, тажрибасининг етишмовчилиги каби ҳолатлар билан боғлиқ бўлган. ТЭН оқибатларини ҳамда ТЭН билан нохуш салбий оқибат боғлиқлик мавжудлиги таҳлил этиш тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини яхшилашда муҳим аҳамиятли ҳисобланади.

ГЕПАТИТ С БИЛАН КАСАЛЛАНГАН КАТТАЛАР БЕМОРЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР

*Шукуров Тоҳжали Дилмурод ўғли – 3-курс магистр
Илмий раҳбари: доцент Сабилов А.А. Онкология ва тиббий радиология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. Бугунги кунга келиб, гепатит билан касалланган беморларни даволаш ва даволаш бўйича катта тажриба тўпланган. Тақдим этилган тавсиялар учун асос бўлган С. Гепатит С вируси (ВГС) бундан йигирма йилдан кўпроқ вақт олдин топилган.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Ҳозирги вақтда ушбу инфекция билан боғлиқ жиддий муаммолар аниқ: сурункали шаклланишнинг юқори частотаси, узок муддатли асимптоматик йўл, касалликнинг кеч босқичларида намоён бўлиши (жигар циррози), гепатоцеллюляр карцинома ва ҳоказолар ривожланиши билан аниқ боғлиқлик мавжуд.

Сурункали гепатит С (СГС) билан касалланиш даражаси, аксинча, ўсиб бормоқда, 2013 йилда бу кўрсаткич 100 минг аҳолига 39,26 (мутлак сонда - 58 123 кишини ташкил этди), 2005 йилда эса бу кўрсаткич минг аҳолига 100 тага 32,0 ни ташкил этди.

Сурункали вирусли гепатитнинг умумий таркибида СГС улуши 2013 йилда 79% ни ташкил этди. Бундан ташқари, расмий статистик маълумотларга кўра, бир қатор минтакаларда ҳомиладор аёллар орасида қонда гепатит С вирусига (анти-СВГ) қарши антителлар бўлган одамлар сони 2000 йилга нисбатан 2001 йили 3-5 марта кўпайгани диққатга сазовордир.

Изланиш мақсади. Гепатит С билан касалланган катталар беморларини ташхислаш ва даволаш бўйича тавсияларни ишлаб чиқиш ва уни самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. 2018-2021 йилларда Андижон давлат тиббиёт институти клиникасининг функционал диагностика бўлимида анамнезидан сурункали гепатит С га чалинган жами 70 нафар беморлар бўлиб, улардан 50 нафари асосий гуруҳ, 20 нафари назорат гуруҳидан ташкил топган.

Изланиш натижалари. Асосий гуруҳдаги беморларнинг Б режимида ултратовуш текшируви натижасида қуйидаги ўзгаришлар аниқланди: сурункали вирусли гепатит билан оғриган беморларда жигар катталиги бироз катталашган: СВР $15,2 \pm 2,1$ см ТПД $12,38 \pm 2,37$ см, СВР $11,5 \pm 2,31$ см, ТЛД $6, 71 \pm 1,37$ см ($p > 0,05$). Жигарнинг контурлари текис, равшан, 8 (23,5%) беморда қирраларнинг юмалоқлиги, ечо тузилиши ҳетерожен, экзогенлиги бироз ошган (10 (29%) беморда) - бироз, овоз ўтказувчанлиги 11 (32,35%) беморлар камаяди, қолганлари ўзгартирилмайди. Ушбу гуруҳдаги 6 (17,64%) беморда талок катталаштирилди.

АСХ билан оғриган барча беморларда жигар катталиги ўртача даражада ошган: СВР $16,42 \pm 1,07$ см, ТПД $130,2 \pm 1,37$; ККР $9, 90 \pm 0, 99$ см; ТЛД $8,61 \pm 1,28$ см ($p > 0,05$). Жигарнинг контурлари 13 (39,39%) беморда текис, равшан; қирралари юмалоқ, эхо тузилиши ҳетерожен, экзогенлиги ортади, 28 (84,8%) беморда овоз ўтказувчанлиги пасаяди; ушбу нозологияга эга бўлган барча беморларда асцитлар аниқланмаган. 3 (9%) беморда талок катталаштирилди, унинг эхо тузилиши ўзгармади.

НАФЛД билан оғриган беморларда жигар ҳажми ўртача даражада эди

меъёрлар: СВР $14,67 \pm 0,80$ см; ТПД $10,35 \pm 1,66$ см, ССР $9,42 \pm 1,16$ см; ТЛД $6,68 \pm 1,42$ см. Жигар контурлари бир текис, эхо тузилиши гетероген, экзогенлиги кучаяди, товуш ўтказувчанлиги пасаяди; асцитлар барча клиник кузатувларда аниқланмаган. Барча беморларда талок катталаштирилмайди.

ЛС билан оғриган 35 беморда (87,5%) жигар ҳажмининг ўсиши кузатилди: СВР $17,51 \pm 1,82$ см; ТПД $13,1 \pm 2,12$ см; ССР $11,24 \pm 1,39$ см; ТЛД $8,99 \pm 1,63$ см.

Чилд-Пугҳ бўйича ЛС синф А бўлган 3 (27,2%) беморда силлиқ жигар контурлари аниқланди. Чилд-Пугҳ бўйича А синфидаги ЛС касаллиги бўлган 9 (81,81%) беморда ва Чилд-Пугҳ бўйича ЛС синфидаги 15 беморда (88,2%) жигар қирралари нотекис, юмалоқ кўринади.

Чилд-Пугҳ С синфидаги жигар сиррози билан оғриган барча беморларда жигар контурида носимметрикликлар мавжуд еди. Жигар циррози билан оғриган беморларда жигар лобларининг юмалоқ қирралари кузатилди. Шунингдек, ушбу гуруҳдаги барча беморларда жигар тузилишининг ҳетероженлиги экзогенлиги ортиши ва қон томир нақшининг сусайиши аниқланди. 8 (20%) беморда оз миқдордаги асцит (300 мл гача), ўртача (1000 мл гача) - 15 (37,5%) да ва кўп миқдорда (1000 мл дан ортик) 10 (25) да кузатилган (%). Ушбу гуруҳнинг 35 (87,5%) касалида талокнинг катталашishi кузатилган.

Шуни таъкидлаш керакки, 12 ой давомида динамик кузатув пайтида жигар ва талок ултратовуш параметрларида аниқ ўзгаришлар аниқланмади ($p < 0,05$). Ушбу параметрни диффуз жигар касалликлари билан оғриган беморларнинг ўзгаришларини скрининг баҳолашда диагностик аҳамиятга эга деб ҳисоблаш мумкин эмас.

Ўрганилган гуруҳларда портал ва талок веналари диаметрининг параметрларини таҳлил қилишда ва назорат гуруҳи билан таққослаганда, барча ўрганилган гуруҳларда ушбу томирлар диаметрининг назорат гуруҳи билан таққослаганда статистик жиҳатдан сезиларли ўсишини аниқладик.

Хулоса. Гепатит С билан касалланган катталар беморларини ташхислаш ва даволаш бўйича тавсиялар ўткир ва сурункали гепатит С скрининг ва диагностикаси бўлимлари, беморларни текшириш алгоритмлари ва ўткир ва сурункали гепатит С ни этиотропик даволаш киради.

Терапия учун кўрсатмалар ва контрэндикациялар, икки ва уч марта терапия схемалари ёрдамида антивирал даволаш, ножўя дори терапияси ва уларни тузатиш усуллари, дори таъсир ўтказиш реакциялари, беморларнинг айрим гуруҳларини даволаш ва бошқалар батафсил кўриб чиқилган.

Шукуров Тоҳжали Дилмурод ўғли – 3-курс магистр

Илмий раҳбари: доцент Сабилов А.А., Онкология ва тиббий радиология кафедраси

Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Ҳозирги кунда бутун дунёда турли хил этиологияли диффуз жигар касалликлари билан касалланиш даражаси ошмоқда. Шу билан бирга, гепатит С билан оғриган беморларнинг сонини кўпайтириш масаласи ҳам клиник, ҳам эпидемиологик, ҳам ижтимоий-иқтисодий жиҳатдан соғлиқни сақлашнинг долзарб муаммосига айланиб бормоқда.

Жигарнинг сурункали касалликларини ривожланишининг асосий усули бу охир-оқибат жигар циррози шаклланиши билан жигар фиброзининг кетма-кет босқичларини ривожлантиришдир. Жигар фиброзини ташхислаш учун "олтин" стандарти пункцион биопсиясидир. Шу билан бирга, техниканинг инвазивлигини ҳисобга олган ҳолда, натижаларни танлашда хатоларни баҳолашда хатолар эҳтимоли (маҳаллий тўқима жойи ва жигардаги умумий жараён ўртасидаги фарк) ва болаларда биопсиядан фойдаланишнинг амалий чекловлари рағбатлантиради бошқа, янада қулай усулларни ўрганиш, кенг оммалаштириш ва ултратовуш диагностикасини кенг жорий этиш зарурлигини кўрсатади.

Ултратовушга турли тизим томирларининг доплерографияси (ДФ) билан биргаликда имтиёз берилади, бу нафақат икки ўлчовли ултратовушни муваффақиятли тўлдиради, балки стандарт эхография ёрдамида ташхис қўйилмаган ҳолатларда гемодинамик бузилишларнинг нозик механизмлари-ни очиб беришга имкон беради. Шу нуқтаи назардан, болалардаги СВГдаги жигар ҳолатини комплекс баҳолашда ДФнинг ролини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Изланиш мақсади. Вирусли гепатит С да ултратовуш доплер текширувининг аҳамиятини баҳолашдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. 2018-2021 йилларда Андижон давлат тиббиёт институти клиникасининг функционал диагностика бўлимида анамнезидан сурункали гепатит С га чалинган жами 70 нафар беморлар бўлиб, улардан 50 нафари асосий гуруҳ, 20 нафари назорат гуруҳидан ташкил топган.

Тадқиқот учун Андижонда яшовчи ва сурункали гепатит С билан хасталанган ва 18 ёшдан катта бўлган аҳоли гуруҳи танланди. Булар Андижон Вилоятининг турли туманларидан иборат бўлди. Жами 70 нафар, шу жумладан, 50 нафари гепатит С билан ва 20 нафари бошқа турдаги жигар касалликлари билан хасталанган беморлар, АДТИ клиникасининг функционал диагностика бўлимига мурожаат қилиб келган, АВЮКШ да стационар равишда даволаниб турадиган беморлар танлаб олинди.

Изланиш натижалари. Сурункали гепатит билан касалланган беморларнинг гуруҳларида эхографик белгилар тез-тез учрайдиганлиги ва жараённинг босқичи таққосланган. Маълумотларни статистик қайта ишлаш "хи-квадрат" мезонига мувофиқ амалга оширилди, агар керак бўлса, кичик намунага тузатиш киритилди. Хи-квадрат синовининг чегара қийматлари Фишер томонидан $p < 0,05$ да аниқланди.

Таҳлил қуйидаги ҳулосаларни чиқаришга имкон берди. Олинган маълумотлардан кўриниб турибдики (2-жадвал), тасдиқланган сурункали гепатит билан оғриган беморларнинг атиги 23,6 фоизда эхографик белгилар мавжуд эди, яъни. сохта салбий натижаларнинг юқори даражаси (3-жадвал), бу паст сезувчанликка (23,6%) ва ОПС (50,0%) га олиб келади. Шундай қилиб, ултратовушли сурункали гепатитнинг эхографик белгиларини аниқлай олмаслик унинг йўқлигини аниқлатмайди ва кейинги текширувдан бош тортиш учун сабаб бўлиши мумкин эмас.

Беморларга ташхис аниқлигини ошириш масаласи тиббиёт диагностикасининг асосий масалаларидан ҳисобланади. Бу масалани ҳал қилиш усулларида бири ташхис қўйиш жараёнига ахборот коммуникация воситаларидан кенг фойдаланиб, жараёнларни параллеллаштириш ва конвейерлаштириш ҳисобланади.

Допплер текшируви тез ўзгартиришлари асосида алгоритмик ва процессор воситаларини яратиш муаммоси бу воситаларни тиббиёт, радиолакация, геофизика, сейсмология, тасвирларни қайта ишлаш, автомобил эҳтиёт қисмларини синовдан ўтказиш каби соҳаларда кенг қўлланилаётганлиги учун ҳам долзарб ҳисобланади.

Спектрал коэффицентларни ҳисоблашнинг тезкор алгоритмларини мавжудлиги, бу алгоритмларда мураккаб математик операцияларнинг йўқлиги ҳамда бу алгоритмлар ҳисоблаш воситаларини қуриш учун қулайлиги туфайли Уолш базисли функциялари сигналларни рақамли қайта ишлаш масалаларида кенг қўлланилишига асос бўлди.

Ҳулоса. Гепатит С билан касалланган катталар беморларини ташхислаш ва даволаш бўйича тавсиялар Ўзбекистон Республикаси ССВнинг бир қатор буйруғига мувофиқ вирусли гепатит бўйича эксперт гуруҳи томонидан ишлаб чиқилган ва амалиётчилар учун қўлланма бўлиб хизмат қилмоқда ва бу касалликнинг турли босқичларида бундай беморларни бошқарадиган ва даволаш чораларини кўради. Ушбу тавсиялар ўтқир ва сурункали гепатит С скрининг ва диагностикаси бўлимлари, беморларни текшириш алгоритмлари ва ўтқир ва сурункали гепатит С ни этиотропик даволаш киради.

Терапия учун кўрсатмалар ва контрэндикациялар, икки ва уч марта терапия схемалари ёрдамида антивирал даволаш, ножўя дори терапияси ва уларни тузатиш усуллари, дори таъсир ўтказиш реакциялари, беморларнинг айрим гуруҳларини даволаш ва бошқалар батафсил кўриб чиқилган.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ КЕЛИБ ЧИҚИШИНING КЕКСА ЁШДАГИ АҲОЛИ ЎРТАСИДА ПРОФИЛАКТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

К.Н. Эргашев,, Ж.А.Ганижонов., 2-курс магистрлари
Илмий раҳбар: Х.К.Усмонов -умумий жарроҳлик кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) берган маълумотларга кўра, ўт – тош касаллиги (ЎТК) ҳазм аъзолари тизимининг нисбатан кўп учрайдиган касалликлари қаторига киритилади. Айниқса унинг тарқалиш ва / ёки учраши частотаси тобора ортиб бораётганлигини сақланиб қолаётганлиги тадқиқотларда қайд этилади. Чунончи, бундай тенденция саноти ривожланган мамлакатларда кўпроқ тезлашгани тасдиқланган. Европа ва АҚШнинг катта ёшдаги аҳолиси орасида ЎТК 10-15% даражада аниқланган ва юқори иқтисодий-ҳаражат талаб касалликка айланган [Sandler R.S. et al., 2002; Everhart J.E. et al., 1999].

Афсус билан таъкидлаш лозимки, то ҳозиргача ЎТКни аксарият шифокорлар хирургия патологияси деб қабул қилишади, хирургия усуллари билан даволашга суистеъмоллик кўрсатишади ёки ўт пуфагини олиб ташлаш йўналишини даволаш усулининг олтин стандарти деб ҳисоблашади [Шарбинино М.Б., 2011].

Лекин ўт пуфагини олиб ташлаш муаммони ҳал этмайди. Хусусан, тахминан 40% беморларда холецистэктомиядан кейин ёки маълум муддат ўтиб, операцияга бевосита ёки билвосита боғлиқ ҳолда, ҳазм тизими ишининг бузилишлари келиб чиқади, ҳатто-ки, операция натижасида муъайян касалликлар шиддатланиб авжланишади (ошқозон раки, жигар ва йўғон ичак раки кабилар атрофида шундай фикрлар билдирилган). Замоний илмий натижалар ЎТК ҳақидаги тасаввурларни ўзгартирди, чунончи устиворлик ушбу хасталикларнинг олди ҳолатини ўрганишга ва унинг клиникагача бўлган даврида фаол профилактика ҳамда даволаш амалиётини кучайтириш ёки превентив фаолиятни кучайтиришнинг илмий механизмларини ишлаб чиқишга қаратилган тадқиқотларни амалга оширишга эҳтиёж ва зарурият бор днб ҳисобланади. Бундай натижалар асосан эпидемиологик текширувларда аниқлик билан олинад ва улар ЎТКнинг тошолди босқичида, унинг келиб чиқиш хавфи юқори бўлган аҳоли орасида ёки беморларда, превентив, терапевтик ва профилактик тактикаларни кучайтиришга асос бўлиб хизмат қилишади [Лазебник Л.Б., Ильченко А.А., 2005, 2018; WHO, 2019].

Лекин бундай тадқиқотлар охириги йилларда жуда кам, Ўзбекистонда, айниқса кекса ёшдаги аҳоли орасида эса махсус ўтказилмаган.

ЎТК аҳоли гуруҳларида, яшаш жойидан келиб чиқиб ва ёшга боғлиқ ҳолда, 5-15 фоиздан тортиб то 10-40 фоизга етиб тарқалиш билан аниқланади [Attili A.F. et al., 1998; Kang J.Y. et al, 2003].

Хусусан, кекса ёшдаги (60-74 ёш орасидаги) аҳолида умумий популяцияга (60 ёшгача бўлган) қиёсан ЎТК тарқалиш даражасининг 1,5 ортиқлиги хорижий мамлакатларда тасдиқланган (Дорофеенков М.Е. ва б.к., 2013).

ЎТК эпидемиологиясига оид яна бир хулоса шуки, унга оид скринингли маълумотлар дунё миқёсида ва жумладан, Ўзбекистонда ҳам маълум даражада эскирган, табиий равишда амалий-илмий кимматини йўқота бошлаганлар. Лекин улар орқали ЎТКни барвақт аниқлаш ва “Жарроҳлик иштирокисиз” профилактика қилиш ёки даволаш истикболларини кўриш, белгилаш мумкин деб ҳисоблаймиз.

Тадқиқот мақсади. Ўт-тош касаллигининг эпидемиологиясини кекса ёшдаги аҳолиси орасида ўрганиш ва унинг профилактикасини ҳудудий хусусиятларини аниқлашдан иборат.

Тадқиқот вазифалари:

1. Ўт – тош касаллигининг кекса ёшдаги (60-75 ёш ораллиги) аҳолиси орасида тарқалишини аниқлаш, баҳолаш ва профилактикаси бўйича аниқ тавсиялар яратиш.

2. Ўт – тош касаллиги ривожланишининг эпидемиологик механизмларини ёшга боғлиқ ҳолда ўрганиш ва “мўлжалли” саноген омиллар билан таъсир этиш йўллари аниқлаш, амалий фаолиятлар учун йўналтириш.

3. Ўт – тош касаллигининг тарқалишини кекса ёшли популяцияда клиник симптомларга боғлиқ ҳолда эркак ва аёлларда аниқлаш ва баҳолаш, таҳлиллар асосида илмий асосланган протектив ҳаракатлар мажмуасини яратиш ҳамда амалий фаолият учун тавсия қилиш.

Амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларидан келиб чиқиб яратилган, амалий фаолиятга йўналтирилган профилактика тизими ва алгоритмларини ишловчанлигини таъминлаш ўт – тош касаллиги билан касалланишни, касалликни кеч қолиб аниқлашни ва шиддатланиб асоратланишлар частотасини, тахминан, энг камида кекса аҳоли орасида 50% - га етиб камайтиради. Холецистэктомияга эҳтиёжни ёки у билан келиб чиқиши мумкин бўлган ятроген асоратларни кескин пасайтиради. Кексаларда, яъни холецистэктомияга монеликлар билан яшовчи мижозларда бундай натижалар “ўрнини босиб бўлмас” амалий аҳамият касб этишади.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИ БИРЛАМЧИ ТИЗИМИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРНИ АНИКЛАШ ВА УЛАРНИ ПАТРОНАЖ ХАМШИРАСИ ТОМОНИДАН ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

*Юсупова Малика Эркин кизи
Илмий раҳбар: Тиллабаева Акида Ариповна
Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институтини*

Мавзунинг долзарблиги. Артериал гипертензия – дунёдаги аксарият мамлакатларда юрак-қон томир касалликлари ва ўлимнинг энг кенг тарқалган омили бўлиб келмоқда. Миокард инфаркти ҳолатларининг қарийб ярми ва юрак қон-томир касалликларининг 81 фоизга яқини юқори қон босими билан боғлиқ бўлиб, бу қон босимини пасайтиришга қаратилган тадбирларнинг юқори ижтимоий ва тиббий аҳамиятини янада кучайтиришни белгилайди. Мутахассисларнинг фикрига кўра, 2025 йилга келиб дунёдаги эркакларнинг 30,0% ва аёлларнинг 29,5% артериал гипертензия билан касалланади, аммо тарқалиши дунёнинг турли минтақаларида сезиларли даражада фарқ қилиши мумкин.

Касаллик, ўлим ва ногиронлик бўйича статистик маълумотларнинг тахлили шуни кўрсатадики, юрак-қон томир касалликларининг умумий ўлим кўрсаткичи етакчи ўринни эгаллайди. Ва йилдан-йилга касалликнинг ўсиши меҳнатга лаёқатли аҳолии орасида ва айниқса, ёш авлод орасида ўсиб бормоқда. Республика аҳолисининг ўлими ва ногиронлигининг юрак-қон томир касалликларидан (80%) асосий ҳиссаси гипертензия, айниқса гиперлипидемия ва юрак томирлари касалликлари билан қўшилиб кетганлиги кўрсатилган.

Юқорида айтилганларнинг ҳаммаси, яъни гипертензия тарқалишининг юқори даражаси, ушбу патология туфайли келиб чиққан юрак-қон томир, серебро васкуляр ва буйрак асоратларининг оғирлиги, шунингдек, даволаш ва профилактика чораларининг самарадорлиги пастлиги эътиборга олинishi керак бўлган кўрсаткич саналади. Гипертензия диагностикаси, даволаш ва профилактика соҳасида энг яхши жаҳон тажрибаси ва илмий ютуқлар республиканинг бирламчи тиббий-санитария ёрдами тиббиёт ходимлари ишининг ўзига хос самарадорлигини ошириб боради. Бу борада патронаж хамширалари зиммасига профилактик чора-тадбирларни самарали амалга ошириш талаб этилади.

Мавзунинг мақсади: Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида артериал гипертензияси бўлган беморларни аниқлаш ва уларни парвариш қилишни ташкиллаштириш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Биз Тошкент вилояти Қибрай тумани 28-ҚОП га мурожаат қилган 40 ёшдан 90 ёшгача бўлган 50 нафар беморнинг амбулатория ёзувларини ретроспектив равишда таҳлил қилдик. Уларнинг қон босими параметрлари баҳоланди ва патронаж хамширалари томонидан олиб борилаётган профилактик ишлар таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари: Ёш гуруҳларига бўлинишда 40-50 ёшдаги беморлар 8, 50-60 ёшдагилар - 8, 60-70 ёшдаги - 20, 70-80 ёшдаги - 10, 80-90 ёшли беморлар- 4 нафар эканлиги аниқланди. 18 (30%) беморда 1 даражали АГ аниқланди, 2 даража - 8 (6,7%) да, нормал кўтарилган қон босими 14 (30%) да. 10 беморда (33,3%) қон босими меъёрда бўлган, барча беморлар 1 ва 2 саломатлик гуруҳларига ажратилди, 1 гр – 26 киши, 2 гр - 24 киши кирган.

Гипертензия билан оғриган беморлар (22 киши) соғлом турмуш тарзига амал қилади. 28 та бемор эса соғлом турмуш тарзига амал қилмайди ва бир нечта зарали одатларини тарк этмаган.

Хулоса. Шундай қилиб, беморларнинг 53,7 фоизда соғлом турмуш тарзига амал қилмаслик аниқланди. Патронаж хамширалари беморларни уйларига бориб бевосита профилактик чора тадбирларни ўтказишлари учун уларни кундалик вазифалари ташкиллаштириб берилди.

РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Выполнил: Аббосхонов Н, 114 студент группы лечебного факультета,
Научный руководитель: Холикова Д.С., Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Широкая распространенность хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, ранняя инвалидизация больных и значительный удельный вес этих заболеваний в структуре летальности подчеркивают актуальность совершенствования методов лечения этой категории больных.

Более 20% лиц старше 50 лет страдает хроническими облитерирующими заболеваниями артерий-нижних конечностей, из них на долю окклюзионных поражений атеросклеротического генеза приходится до 90% больных.

Почти 75% больных, поступают в- хирургические стационары уже с критической ишемией нижних конечностей, в случае сохранения этой, тенденции удельный вес первичных ампутаций нижних конечностей-достигнет к 2020 году 45%. По прогнозам экспертов^ Всемирной организации

здравоохранения, в ближайшие годы ожидается- увеличение числа больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей на 5-7%.

Существенную роль в патогенезе вторичных нарушений кровообращения в ишемизированных конечностях, особенно при дистальных формах артериальных окклюзий, играет нарушение дренажно-детоксикационной функции лимфопериферической системы, что нарушает саногенез интерстициального пространства и приводит к развитию компрессионного синдрома.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в амбулаторно-поликлинических условиях путем коррекции лимфопериферической недостаточности.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 70 пациентов с хронической ишемией нижних конечностей на фоне облитерирующего атеросклероза в возрасте от 46 до 68 лет.

Результаты исследования. Динамика изменения плечелодыжечного индекса зависела от исходного значения плечелодыжечного индекса до оперативного лечения. Выявлена прямая сильная корреляционная связь между значениями ПЛИ до оперативного лечения и в первые сутки послеоперационного периода ($p < 0,05$).

В 1 группе длительность лечения составила $20,4 \pm 4,65$ суток, во 2-й – $18,571 \pm 5,7$; в 3-й эта цифра составила $21,063 \pm 5,25$, в 4-й – $22,556 \pm 4,342$, что указывает на эффективность дополнительной лимфотропной терапии. Однако более продолжительная госпитализация в 3 и 4 группах была вызвана необходимостью более длительной предоперационной подготовки (коррекция артериальной гипертензии, консультации специалистов).

Лимфоррея выявлена у одного пациента в 1 группе и у двоих в 3 (5 и 10 % соответственно, $p > 0,05$).

В результате проводимых СЛИ у пациентов группы 2 отмечено снижение боли в послеоперационном периоде и потребности в назначении наркотических анальгетиков, однако достоверность данных остается под сомнением ($p > 0,05$).

Так как оценка боли согласно методу ВАШ субъективна, то возможно предположить, что неадекватность оценки боли пациентами с системным атеросклерозом была связана с энцефалопатией вследствие атеросклеротического поражения артерий, питающих структуры головного мозга.

Вывод. Внедрение в клиническую практику нового метода периферической' непрямой лимфотропной коррекции лимфопериферической недостаточности при комплексном лечении больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, в амбулаторно-поликлинических условиях позволило устранить лимфопериферическую недостаточность у 57% пациентов, с ПА степенью ишемии после первого курса лечения и у 100% пациентов после второго курса, у всех пациентов с НБ степенью ишемии после второго курса терапии и с ША степенью ишемии после третьего курса терапии.

РОЛЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНОЙ БОЛЬЮ

Абдужалилова М., студентка 3-курса фармакологического факультета

Научный руководитель: Зияева М.К.

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП, НПВС) - лекарственные средства, которые обладают обезболивающим (анальгезирующим), жаропонижающим и противовоспалительным эффектами.

Механизм их действия основан на блокировании определенных ферментов (ЦОГ, циклооксигеназа), они отвечают за выработку простагландинов — химических веществ, которые способствуют воспалению, лихорадке, боли.

Слово «нестероидные», которое содержится в названии группы препаратов, подчеркивает тот факт, что лекарственные средства этой группы не являются синтетическими аналогами стероидных гормонов — мощных гормональных противовоспалительных препаратов.

Цель исследования. Изучить эффективность применения нестероидных противовоспалительных препаратов у пациентов с поясничной болью.

Материалы и методы исследования. Изначально в основную группу больных, на протяжении 10 дней получавших комбинацию Артрозана (по 15 мг/сут) и Комбилипена (по 2 мл в/м), были включены 48 больных с острой поясничной болью. В последующем из исследования по различным причинам выбыли 4 больных. Окончательному анализу были подвергнуты результаты наблюдения за 44 пациентами.

Результаты исследования. Группу сравнения составили 19 пациентов, получавших только Артрозан и не получавших Комбилипен. Средний возраст пациентов группы сравнения (10 мужчин и 9 женщин) составил $47,1 \pm 6,8$ года. Группы были полностью сопоставимы между собой по основным клиническим и демографическим показателям.

Критерии включения больных в исследование: возраст от 18 до 75 лет; болевой синдром в области поясницы вне зависимости от наличия или отсутствия корешкового синдрома; доброкачественный характер заболевания, подтвержденный радиологическим исследованием (рентгенография, компьютерная или магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника); исследование состава периферической крови (количество клеточных элементов белой и красной крови, СОЭ); длительность болевого синдрома не более 4 недель; готовность больного принять участие в исследовании.

Критерии исключения: наличие воспалительных и травматических поражений позвоночника; новообразования костей позвоночника, спинного мозга, его оболочек и спинальных корешков; длительность болевого синдрома более 4 недель; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки или желудка в стадии обострения; тяжелые формы печеночной или почечной недостаточности; психические расстройства, исключающие возможность объективной оценки состояния больного, а также непереносимость препаратов Артрозан или Комбилипен либо компонентов, входящих в их состав, и одновременное применение миорелаксантов, противоболевых препаратов центрального действия (противоэпилептические средства, антидепрессанты).

Вывод. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что комбинированное применение Артрозана и Комбилипена у пациентов с ПБ характеризуется хорошей переносимостью, низкой частотой клинически значимых нежелательных побочных эффектов, сокращением сроков купирования болевого синдрома. Положительный эффект комбинированной терапии наблюдается не только в период приема препаратов, но и в последующем. Данная комбинация препаратов может быть использована у значительной части пациентов с мышечно-скелетными болевыми синдромами.

ФИЗИЧЕСКАЯ МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ: АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

*Абдукахарова С.К., Асранкулова Д.Б.
кафедры акушерства и гинекологии №1
Андижанского государственного медицинского института*

Актуальность. Мультиморбидность все чаще становится нормой, особенно у беременных, и представляет огромные проблемы для пациентов и их врачей.

Структуры качества и результатов и стремления к практике, основанной на фактических данных, модели оказания помощи при хронических заболеваниях были сосредоточены на отдельных заболеваниях или состояниях.

Рекомендации для отдельных условий не могут применяться к человеку с более чем одним из этих условий, и агрессивное лечение нескольких состояний может принести больше вреда, чем пользы.

По мере старения населения, мультиморбидность становится скорее нормой, чем исключением. Одно крупное шотландское исследование, проведенное в 2012 году, показало, что около 65% людей в возрасте старше 65 лет и почти 82% людей в возрасте 85 лет и старше имели мультиморбидность.

Цель исследования. Выявить распространенность заболеваний среди беременных пациенток.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 65 пациенток, находившихся на обследовании и стационарном лечении в терапевтических отделениях клиники АГМИ у беременных с мультиморбидным заболеваниями.

Результаты исследования. Наличие множественной соматической патологии серьезно осложняет течение беременности. Полиморбидность повышает риски возникновения патологических состояний во время гестации, таких как многоводие/маловодие, угроза прерывания беременности, воспалительных заболеваний органов малого таза.

В то же время и беременность может приводить к ухудшению течения других соматических заболеваний – гипертонической болезни, сахарного диабета и его осложнений.

Наличие полиморбидности у беременной женщины требует от врачей акушеров-гинекологов особой настороженности в отношении такой пациентки.

Для снижения риска патологии беременности необходимо тщательное наблюдение за течением беременности и родов и своевременная коррекция сопутствующей патологии группой специалистов - акушером, эндокринологом, терапевтом, нефрологом.

В последние годы отмечается увеличение в популяции количества беременных с СД II типа вследствие того, что заболевание стало «моложе», а средний возраст наступления беременности – «старше».

Распространенность всех форм сахарного диабета (СД) среди беременных достигает - 3,5%, сахарного диабета 1-го и 2-го типов - 0,5%, гестационного диабета, или диабета беременных, - 1–3% . Сахарный диабет осложняет течение как беременности, так и родов, и послеродового периода. По сравнению со здоровыми женщинами у беременных, больных СД II типа, чаще отмечаются преэклампсия (60–70%), многоводие, фетоплацентарная недостаточность, инфекции мочевыводящих путей, воспалительные заболевания органов малого таза.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Вывод. Продемонстрирована возможность успешного ведения беременной с мультиморбидностью. Это стало возможным вследствие междисциплинарного взаимодействия нескольких специалистов: кардиолога, акушера-гинеколога, эндокринолога, ревматолога.

ПОКАЗАТЕЛИ ВОЗРАСТНОЙ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Выполнила: Абдукадирова З.Б., студентка 101^а группы педиатрического факультета.,
Научные руководители: Турабидинова Г.А., Кафедра нормальной физиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. 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. Согласно исследованиям D. Subramanian и соавт., 9% детей первых двух лет жизни имеют ЖДА.

Цель исследования. Целью настоящей работы явилось установление возрастных особенностей метаболизма железа и состояния факторов гемопоеза 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 из различного социума и подтверждено, что у грудных детей ДЖ, прежде всего, связан с алиментарным фактором и социальным статусом семьи.

Результаты исследования: В соответствии с поставленной целью, на протяжении раннего онтогенеза человека определены значения и изучено взаимодействие железосодержащих и железорегулирующих протеинов и ряда других соединений, отражающих метаболизм железа (щелочная и кислая изоформы ферритина, железо, Тф, ЭПО, рТфР, вит. В12, фолаты, гепсидин); измерены уровни цитокинов (ФНО-а, ИЛ-6), участвующих в регуляции обмена железа.

Обследованные плоды и новорожденные дети в зависимости от гестационного возраста (ГВ) были разделены на группы, в каждой из которых определены значения изучаемых показателей: у плодов 5-10 нед (1 и 2 группы) - суммарно во всех тканях, у плодов 11-15 нед (3 группа) -раздельно в тканях печени и селезенки, у развивающихся плодов 26-35 нед (4 и 5 группы), а также у новорожденных детей 35-41 нед (6 и 7 группы) - в пуповинной крови. Установлены закономерности становления метаболизма железа в раннем онтогенезе человека, ассоциированные с гестационным возрастом плода, о чем свидетельствует достоверная корреляция ГВ с уровнем железа ($r=0,9398$, $p<0,001$), ЩФ ($r=0,9597$, $p<0,0001$), рТфР ($r=0,9293$, $p<0,0001$), гепсидина ($r=0,8183$, $p<0,001$), ЭПО ($r=0,8889$, $p<0,0001$), ФЭ ($r=0,9297$, $p<0,0001$).

Участие железосодержащих и железорегуляторных белков в поддержании высокой активности пролиферативных и пластических процессов подтверждается тесными взаимосвязями между содержанием железа и ЩФ ($r=-0,894$, $p<0,0001$), ЩФ и рТфР ($r=0,8399$, $p<0,0001$), ЩФ и ЭПО ($r=0,9193$, $p<0,0001$), железа и гепсидина ($r=0,8897$, $p<0,001$), ФЭ и ЭПО ($r=0,9067$, $p<0,0001$), что позволяет использовать показатели ЩФ, рТфР и гепсидина в качестве важных прогностических маркеров нарушений внутриутробного развития плода, а ЭПО и ЭФ - 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 отражает четкий баланс процессов альтерации и апоптоза, на что указывает достоверная корреляция между ФНО-а и ЩФ ($r=0,9197$, $p=0,00001$), ФНО-а и рТфР ($r=0,8789$, $p<0,0001$).

Выводы: 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 1638%, сроки реабилитации детей и подростков с ЖДА - в 80,7% случаев.

Снижение частоты ЖДС у детей и подростков возможно только при совместной работе и усилиях врачей-педиатров, родителей, работников социальных служб, что позволит своевременно проводить профилактику ДЖ в группах высокого риска.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИММУННЫХ СИСТЕМ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Выполнила: Абдукадирова З.Б., студентка 101^а группы педиатрического факультета.,
Научные руководители: Турабидинова Г.А., Кафедра нормальной физиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Болезни сердечно-сосудистой системы представляют наиболее острую проблему современной медицины. За последние четверть века смертность от патологии сердца и сосудов стабильно держится на первом месте. По данным статистических исследований в год от сердечно-сосудистых заболеваний в России умирает до 1,5млн. человек. В Мире же эта цифра достигает 31%. Основными и наиболее часто встречающимися нозологическими формами являются: атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, пороки сердца.

Цель исследования. Целью настоящего исследования была разработка и систематизация критериев ранней диагностики, тяжести поражения сердечно-сосудистой системы, ближайшего и отдаленного прогноза, на основании комплексной клинико-инструментальной и лабораторной оценки, при иммунных систем..

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач оценено состояние сердечно-сосудистой системы в остром и отдаленном периодах заболевания у 70 больных обследовано 26 пациентов с дифтерией, 44 - с изменениями иммунных систем.

Результаты исследования. Проявление аутоиммунизации у больных ИБС характеризуется сенсibilизацией лимфоцитов к тканям сосудистой стенки и сопровождается значительным повышением уровней аутоантител к окЛПНП и к тканям сосудов, а также активацией фагоцитарного звена иммунитета — нейтрофилов и моноцитов. Это сочетается с наличием таких осложнений ИБС, как инфаркт миокарда и дисфункция левого желудочка по данным эхокардиографии.

Результаты проведенного тканевого типирования показали, что в локусе HLA DR в группе больных ИБС достоверные отличия в частоте встречаемости отмечены для аллели DRB1*12 (0,075 против 0,023 — в контроле). Аллель DRB1*04 встречается достоверно реже по сравнению с контрольной группой (0,050 против 0,112 в контроле).

При сопоставлении результатов HLA-типирования с параметрами иммунной системы у больных ИБС, характеризующими проявления аутоиммунных реакций, была установлена позитивная ассоциативная связь аллели DRB1*03 с повышенной сенсibilизацией лимфоцитов, что позволяет рассматривать ее как генетический маркер риска возникновения аутоиммунных реакций.

Также был проведен анализ полученных данных по распространенности в HLADRB1 регионе у больных ИБС известных генов, в отношении которых доказана достоверная связь с развитием аутоиммунизации. Установлено, что в генотипе 61,7% обследованных больных в HLA-DRB1 генотипе обе специфичности были нейтрально или протективно ассоциированы с аутоиммунитетом. У 38,3% больных лишь одна HLA-DRB1 специфичность была положительно ассоциирована с аутоиммунизацией, в то время как вторая была нейтрально или отрицательно ассоциирована. Из обследованных нами пациентов не было ни одного, в генотипе которого обе HLA-DRB1 специфичности были бы из «функциональной» группы, маркирующей развитие аутоиммунизации.

Вывод. Современные рекомендации по профилактике сердечнососудистых заболеваний уделяют большое внимание выявлению и коррекции факторов риска, оценке вероятности развития осложнений и прогнозу этих заболеваний.

Дальнейшее изучение участия аутоиммунных процессов в патогенезе ИБС и прогнозирование риска их развития с помощью иммуногенетического анализа будет способствовать своевременной профилактике и выбору соответствующих схем лечения с учетом необходимости коррекции факторов, формирующих аутоиммунные реакции.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАТАРАКТОЙ В СОЧЕТАНИИ С ГЛАУКОМОЙ

*Абдукодирова З.Б., студентка 101^а группы педиатрического факультета
Научный руководитель: Парманкулова Ю.Д.
Кафедра офтальмологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Сочетание глаукомы с катарактой — явление настолько частое и типичное, что в литературе все чаще обсуждается вопрос о патогенетическом родстве этих заболеваний. Не вполне ясна, хотя, возможно, и существует причинно-следственная связь между глаукомой и катарактой при так называемом эксфолиативном синдроме с характерными множественными мелкими белыми отложениями и депигментацией зрачкового края. При эксфолиативной форме глаукомы дистрофические изменения в тканях

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

глаза более выражены, а частота встречаемости данной патологии возрастает до 40-85%. Кроме того, частота выявления катаракты у больных с далеко зашедшими стадиями глаукомного процесса также значительно возрастает. Клинический опыт свидетельствует о том, что появление помутнений в хрусталике в виде осложненной катаракты с последующим их прогрессированием достаточно часто наблюдается и после антиглаукоматозных операций. Это позволяет предположить существование так называемых трабекулярных факторов риска в катарактогенезе, поскольку развитие катаракты после трабекулэктомии может возрасти до 78%.

Цель исследования. Повышение эффективности оперативного лечения пациентов с сочетанием катаракты и открытоугольной глаукомы.

Материал и методы. Материалом для данного открытого проспективного исследования послужили результаты обследования и последующего клинического наблюдения 162 больных (200 глаз) с сочетанием катаракты и ОУГ. Из них 82 мужчины и 80 женщин. Средний возраст пациентов составил $72,2 \pm 0,57$ лет.

Результаты исследования. Факотрабекулэктомия и факоэмульсификация с вискоканалодилатацией обладают выраженным гипотензивным эффектом и приводят к существенному улучшению зрительных функций у больных с сочетанием катаракты и глаукомы независимо от стадии глаукомы и наличия псевдоэкзофиативного синдрома.

Факоэмульсификация с синусотомией и вискоканалодилатацией обеспечивает сопоставимый с факотрабекулэктомией гипотензивный эффект после дополнительной лазерной гониопунктуры, выполнение которой послеоперационном периоде потребовалось в 58% случаев.

Факоэмульсификация с синусотомией и вискоканалодилатацией обеспечивает более раннее восстановление остроты зрения при меньшем количестве ранних послеоперационных осложнений в сравнении с факотрабекулэктомией.

После факоэмульсификации у больных с сочетанием катаракты и глаукомы отмечено меньшее количество ранних послеоперационных осложнений, однако гипотензивный эффект может быть обеспечен только при условии продолжения медикаментозной терапии глаукомы.

Факоэмульсификация может выполняться больным с сочетанием катаракты и глаукомы при отсутствии выраженных изменений поля зрения и диска зрительного нерва, а также соблюдением пациентами режима инсталляций гипотензивных препаратов. В остальных случаях целесообразно выполнение факоэмульсификации в сочетании с синусотомией и вискоканалодилатацией.

Вывод. В отношении выбора метода гипотензивной операции в комбинированной технике, то у больных с открытоугольной формой глаукомы он существенно не отличается от такового при поэтапном оперативном вмешательстве. Тем не менее, вмешательства непроникающего типа в сочетании с мануальным или ультразвуковым удалением катаракты остаются операциями выбора в одномоментном, комбинированном лечении больных катарактой и глаукомой.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГЛАУКОМЫ И КАТАРАКТЫ

*Абдукодирова З.Б, студентка 101-группы педиатрического факультета
Научный руководитель: Парманкулова Ю.Д. -Кафедра офтальмологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Глаукома является социально значимым заболеванием и находится на первом месте среди причин нарушения зрения и слепоты. Глаукома с катарактой определяют основной хирургический потенциал любого офтальмологического учреждения.

Высокая распространенность, нередкое сочетание первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) и катаракты, а также их отрицательное влияние на зрительные функции глаза сохраняют актуальность и значимость проблемы. В связи с этим особого внимания заслуживает выбор тактики активного ведения пациентов с данной патологией.

В настоящем обзоре представлены различные подходы к хирургическому лечению сочетанной патологии глаукомы и катаракты, сравнительная оценка их эффективности и безопасности, а также приведена статистика послеоперационных осложнений и отдаленных результатов хирургического лечения.

Цель исследования. Оценить сравнительную эффективность различных вариантов хирургического лечения больных с первичной глаукомой и катарактой и разработать подходы к адекватной терапии актуального сочетания болезней; повысить функциональные результаты хирургического лечения больных с первичной открытоугольной глаукомой.

Материалы и методы. В основу данного открытого проспективного исследования легли результаты обследования и хирургического лечения пациентов с сочетанием катаракты и различных стадий открытоугольной глаукомы (200 глаз).

Результаты исследования. Анализ эффективности только экстракции катаракты с ИОЛ на фоне лазером оперированной глаукомы и (или) минимальной медикаментозной терапии (I группа больных), комбинированных вмешательств (II группа больных) и поэтапной хирургии (III группа больных) в отношении зрительных функций показал, что при 3-х оперативных подходах к хирургическому лечению

глаукомы и катаракты острота зрения повысилась у всех больных как после операции, так и в отдаленном периоде и достоверно не различалась между группами (I - $0,35 \pm 0,178$; II - $0,35 \pm 0,198$; III - $0,34 \pm 0,223$). Поле зрения за период наблюдения не изменилось только при поэтапных операциях. При двух других подходах поле зрения за период наблюдения достоверно сузилось.

ВГД в группе I достоверно снизилось после операции и в отдаленном периоде. ВГД во группе II достоверно снизилось после операции и статистически не изменилось в отдаленном периоде. В III группе ВГД после операции недостоверно повысилось, в отдаленном периоде понизилось, и стало сопоставимо с ВГД до операции. Статистически значимых различий как в уровне внутриглазного давления, так и в количестве используемых гипотензивных препаратов в отдаленном периоде между группами не выявлено.

Количество операционных и послеоперационных осложнений зависело от стадии глаукомы, уровня ВГД до операции и сопутствующей патологии. При III стадии глаукомы осложнений достоверно больше и протекают они тяжелее (56,14% по сравнению с 34,89% во II и 17,65% в I стадии). Смещение задней капсулы с выпадением стекловидного тела возникает при уровне внутриглазного давления до операции $27,00 \pm 2,55$ мм рт.ст., этого осложнения не наблюдается при уровне ВГД до операции $23,73 \pm 3,03$ ($p=0,04$). Достоверно большее количество послеоперационных гифем выявлено у пациентов с сопутствующей патологией, а именно с ишемической болезнью сердца (33,3% против 18,09% у больных без ИБС; $p=0,036$).

У монокулярных пациентов с глаукомой и катарактой количество операционных осложнений достоверно ниже, чем у пациентов с двумя функционально сохранными глазами (0% и 17,36% в группе контроля, $p=0,036$). В послеоперационном периоде чаще отмечена гипертензия (23,81% против 4,96%; $p=0,01$). Динамика зрительных функций монокулярных пациентов в отдаленном периоде такая же, как у больных с двумя функционально сохранными глазами. Из сопутствующих заболеваний достоверно чаще отмечена цереброваскулярная болезнь с сопутствующей энцефалопатией (47,62% против 28,93; $p=0,047$).

При комбинированных вмешательствах (ЭК+АГО) с непроникающей глубокой склерэктомией в качестве антиглаукомного компонента выявлено достоверно меньшее количество операционных и послеоперационных осложнений. Поле зрения, уровень внутриглазного давления и количество используемых гипотензивных препаратов в отдаленном периоде статистически не отличались от таковых при комбинированных операциях с синусотрабекулэктомией в качестве антиглаукомного компонента.

При применении ретиналамина в субтеноново пространство во время антиглаукомной операции зрительные функции у больных с глаукомой за период наблюдения были стабилизированы по сравнению с контрольной группой, где поле зрения достоверно сузилось. Осложнений при введении ретиналамина в субтеноново пространство во время антиглаукомной операции отмечено не было.

Вывод. В клиническую практику внедрен комплекс мер по оптимизации выбора хирургической тактики при сочетании глаукомы и катаракты, установлена возможность совмещения нейтропротекторной терапии и антиглаукомной операции, что вносит существенный вклад в решение проблемы медико-социальной реабилитации больных с актуальным сочетанием болезней.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

*Абдукаххаров О. – студент 343-грппы лечебного факультета
Научный руководитель: Ибрагимов М.Б., Кафедра педиатрии
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%.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

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 сидропенические 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 приема 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.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ

Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детской анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Современную жизнь невозможно представить без использования электрического тока. Технический прогресс, повышение качества жизни людей неразрывно связаны с его применением в различных областях и сферах человеческой деятельности. Однако обратной стороной всеобщей электрификации является рост числа травм, связанных с негативным воздействием тока на человека. Патогенез поражения электрическим током до конца не ясен, поскольку практически невозможно изучить процессы, происходящие в живых тканях в момент прохождения через них электрического тока [4,5,7].

Прохождение электрического тока через тело приводит к повреждениям или гибели организма путем деполяризации клеточных мембран нервов и мышц, обуславливая возникновение патологических электрических ритмов в сердце и центральной нервной системе, приводит к возникновению наружных и внутренних электрических ожогов вследствие нагревания и испарения клеточных мембран. Преодолев сопротивление кожи и подкожной жировой клетчатки, электричество в организме человека проходит в глубь лежащие ткани параллельными пучками вдоль кровеносных и лимфатических сосудов, оболочек нервных стволов. Это обуславливает высокую степень уязвимости кровеносных сосудов при электрической травме. Сообразно с этим проявляются нарушения микроциркуляции и гемостаза [1,2,8,9].

Цель работы: исследование состояния микроциркуляции у больных с электротравмой верхних конечностей.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материалы и методы. Состояние микроциркуляторного русла оценивалось неинвазивным методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). С помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП "Лазма", Россия) проведено исследование у 26 больных в возрасте от 21 до 49 лет с поражениями электротокотом верхних конечностей на 1 и 3 день с момента получения травмы. У больных имелись метки тока в области верхних конечностей, при этом общая площадь ожогового поражения не превышала 5%. Все исследования выполнены с информированного согласия испытуемых в соответствии с этическими нормами Хельсинкской Декларации (2000 г) и одобрены Локальным этическим комитетом АГМИ. Группа обследуемых пациентов находилась на стационарном лечении в Андижанского филиала Республиканского центра экстренной медицинской помощи в 20019-2021 гг. Контрольные исследования выполнялись 26 здоровым добровольцам соответствующей возрастной группы. Полученные данные обработаны с помощью программ Biostat и Microsoft Excel 2003, представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного интервала с указанием точного значения статистической значимости (p). При сравнении двух независимых групп по одному признаку использовался критерий Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. У больных в ранние сроки после получения травмы установлены выраженные изменения показателей микроциркуляции и сосудистого тонуса. Так, показатель микроциркуляции (ПМ) у пациентов с электротравмой полученной сутки спустя по сравнению со здоровыми людьми снижался на 12% ($p<0,001$), у пострадавших, получивших травму спустя 3 суток - на 10% ($p<0,001$). С учетом уменьшения максимальной амплитуды пульсовой волны это позволяло говорить о снижении притока крови в артериальное русло конечности. В наибольшей степени отмечалось увеличение миогенного тонуса (МТ) - на 55% у пострадавших первой группы ($p<0,001$) и на 33% - у больных 2 группы ($p<0,001$). Данные изменения приводили к непосредственному снижению кровенаполнения нутритивных сосудов. Следовательно, в первые сутки после электротравмы увеличивался интегральный компонент совместных механизмов регуляции сосудистого тонуса по поддержанию должного кровообращения (3, 6).

При повреждении электротокотом тканей конечностей снижались максимальные амплитуды в различных диапазонах колебаний сосудистой стенки. Так, амплитуда эндотелиальных колебаний по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы уменьшалась на 18% ($p=0,002$) у больных в первые сутки с момента травмы и на 15% ($p=0,02$) - на 3 суток с момента травмы. Следовательно, воздействие электрического тока приводило к дисфункции эндотелия, нарушению синтеза и высвобождения из депо молекул, участвующих в регуляции сосудистого тонуса. Наиболее выраженным было снижение амплитуды миогенных колебаний - в 2 раза у пострадавших 1 группы ($p<0,001$) и в 1,8 раза у пациентов 2 группы ($p<0,001$). Такие изменения отражались на динамике показателей НТ и МТ. Максимальная амплитуда колебаний пульсового диапазона у пациентов 1 группы снижалась на 42% ($p<0,001$), у пациентов 2 группы - 31% ($p<0,001$) относительно группы контроля. Следовательно, у больных получивших травму спустя сутки уменьшался приток крови в артериальное русло. Таким образом, у пострадавших с травмой верхних конечностей в ранние сроки после поражения электричеством снижалось кровенаполнение и венозной части системы микроциркуляции. Очевидно, что у пациентов с данным видом патологии изменения состояния микроциркуляторного русла изначально имели большую выраженность, но в дальнейшем наблюдалась динамика к нормализации указанных показателей (3, 6).

Заключение. У пострадавших с электротравмой миогенный тонус в пораженной конечности увеличивался в 1,6 раза в первые сутки после электротравмы и в 1,4 раза спустя 3 суток. У пациентов с электротравмой верхних конечностей в первые сутки с момента получения травмы уменьшались максимальные амплитуды в эндотелиальном диапазоне в 1,2 раза, пульсовом в 1,7 раза, миогенном в 2 раза.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УРАТНЫМ ЛИТИАЗОМ

Абдулазизов С.А., Хужамбердиев У.Э.

Научный руководитель: Рустамов У.М., Садикова Д.И., Хамраев О.А.,

Кафедра хирургии и урологии АГМИ

Цель исследования: ретроспективный анализ лечения больных с уратным литиазом.

Материал и методы исследования: Ретроспективные и проспективные клинические и лабораторно-инструментальные данные по 145 больным с уратным литиазом, находившихся на обследовании и лечении в отделении урологии клиники АГМИ в период с 2017 по 2020 годы.

Результаты исследования показали, что через месяц после комплексной литолитической терапии у 56 (60,8%) пациентов было достигнуто полное растворение камней почки. Еще у 6 (6,5%) пациентов достигнуто частичное растворение камней, в связи с чем им была продолжена литолитическая терапия еще на месяц, после чего у них тоже было достигнуто полное растворение камней. Таким образом, растворения камней удалось добиться у 62 (67,4%) пациентов.

30 пациентов страдали подагрой. При приеме цитратных смесей ни у одного пациента не было отмечено обострение подагры. К безусловным плюсам литолитической терапии относится возможность проведения ее самими больными, здесь же кроется и ее основной минус - необходимый постоянный

контроль за кислотностью мочи. Только правильный прием препаратов, содержащих цитратные смеси, а также соблюдение диеты, направленной на ограничение поступления пуринов в организм, позволяет добиться растворения уратных камней почки, достигнуть оптимальной кислотности мочи. Соблюдение диетических рекомендаций больными, динамическое наблюдение за показателями пуринового обмена и ультразвуковой контроль как простой и неинвазивный метод исследования позволяет в большинстве случаев предотвратить рецидив уратного нефролитиаза.

Выводы:

1. Систематическое исследование кислотности мочи у больных мочекаменной болезнью и особенно уратным литиазом должно стать обязательным при проведении литолитической терапии и метафилактики.
2. Размер и химическая структура уратных камней влияют на эффективность литолитической терапии. Наиболее эффективной литолитическая терапия оказалась при камнях, состоящих из безводной мочевой кислоты и дигидрата мочевой кислоты размером до 1,5 см - 90,5% и 87,5% соответственно. При камнях, состоящих из урата аммония, эффективность растворения составила 20,0%.

КАРДИОГЕННЫЙ ШОК ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

*Выполнил: Абдуллаев К.А, студент 423 группы лечебного факультета,
Научный руководитель: Исмаилов И.И., Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Внедрение современных рекомендаций по ведению пациентов с ОКС и обеспечение стратегии ранней реперфузии в системах здравоохранения ряда зарубежных стран ознаменовалось снижением частоты возникновения КШ до 3 - 8%. Однако уровень госпитальной летальности при КШ остается высоким во всех возрастных группах: 50 — 90%.

Существующая зависимость уровня летальности при ОКС от доступности специализированной высокотехнологичной помощи обуславливают актуальную научно — практическую задачу: формирование междисциплинарного подхода к эффективной диагностике и лечению пациента с использованием коронарной реперфузии и интенсивной терапии осложненных форм ОКС.

Цель исследования. Цель исследования состоит в разработке инновационных подходов к управлению риском развития неблагоприятного исхода острого коронарного синдрома, осложненного кардиогенным шоком в условиях специализированного медицинского центра.

Материалы и методы исследования. Объем наблюдения составил 192 пациентов с ОКС последовательно поступивший в РЦЭМПАФ в период с 2017 по 2019 год. Из общего количества поступивших с ОКС ИМ составил 33,9 % ($p=6537$).

Результаты исследования. Частота развития кардиогенного шока у пациентов с ОКС высокого риска в период с 2006 по 2011 годы составила 7,5% (от 4,4% в 2008 году до 10,4% в 2010 году); госпитальная летальность - 88% (от 98,8% в 2006 году до 80 % в 2010 году). Консервативная стратегия ведения пациентов с кардиогенным шоком сопровождается 100% госпитальной летальностью.

С риском развития кардиогенного шока при остром коронарном синдроме ассоциируются: возраст пациента старше 60 лет, женский пол, наличие сахарного диабета, анемия, гипергликемия и повышение концентрации креатинина плазмы крови при поступлении в стационар, а также позднее обращение пациента за медицинской помощью.

Факторами риска неблагоприятного исхода кардиогенного шока являются: пожилой возраст, степень поражения коронарного русла и отсутствие эффективной реперфузии при чрескожном коронарном вмешательстве -достижения кровотока ТИМІ 3. Возможности тромболитической терапии при кардиогенном шоке в качестве реперфузионного подхода ограничены. Тромболитическая терапия применялась в среднем у 12,1 % (8,9% - 14,6%) пациентов с кардиогенном шоке, летальность при этом виде лечения составляет в среднем 91,8% (83,3% - 100%).

К инновационным подходам управления риском развития неблагоприятного исхода у пациентов с острым коронарным синдром, осложненным кардиогенным шоком, относится создание условий для реализации междисциплинарного подхода к диагностике и лечению «противошоковой бригадой» (участие кардиолога, врача функциональной диагностики, рентгенэндоваскулярного хирурга) на основе утвержденного алгоритма действий для обеспечения преемственности и комплексности применения современных клинических методик.

Внедрение инновационных подходов управления риском неблагоприятного исхода острого коронарного синдрома, осложненным кардиогенным шоком в условиях кардиологического стационара в 2009-2011 годы по сравнению с 2006-2008 годами позволило увеличить частоту процедур чрескожного коронарного вмешательства с поддержкой внутриаортальной баллонной контрпульсацией (с 8,5% до 91% пациентов, или более чем в 10 раз; $p=0,00001$); использования чрескожного коронарного вмешательства со стентированием в 4,7 раза ($p=0,00001$), частоту применения многососудистого чрескожного коронарного вмешательства - в 2,5 раза ($p=0,0081$).

При условии выполнения комплекса лечебных мероприятий у пациентов с кардиогенным шоком: чрескожное коронарное вмешательство со стентированием и восстановлением кровотока до TIMI 3 при поддержке внутриаортальной баллонной контрпульсации, увеличение возраста пациента на 1 год обуславливает рост вероятности летального исхода на 1,1%, увеличение значения тяжести поражения коронарных артерий по SYNTAX на 1 единицу - на 0,6%. Ранний тромбоз стента ассоциируется со 100%-летальностью.

Вывод. Новые подходы к интенсивной терапии острого коронарного синдрома, осложненного кардиогенным шоком в период 2009-2011 годы, по сравнению с 2006-2008 годами способствовали пятикратному сокращению времени от поступления в стационар критического пациента до реперфузии ($с\ 423\pm 1403,1$ до 83 ± 108 мин $p=0,0038$); увеличению частоты достижения оптимального кровотока по TIMI — в 3,7 раза ($p=0,005$), снижению уровня рецидивов инфаркта миокарда, осложненного кардиогенным шоком с 31% до 18,6% ($p=0,0029$) и уровня госпитальной летальности в 1,6 раза ($с\ 91\%$ до $56,9\%$, $p=0,000001$).

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Абдупатмиев Д.У., Улмасов М.В.

*Научный руководиткли: Косимов А.Л., Косимов Н.А., Кафедра общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на огромный опыт в хирургии острого аппендицита, количество необоснованных аппендэктомий в настоящее время достигает 30–40. Анализируя данные, мы значительно сузили противопоказания к выполнению лапароскопической аппендэктомии.

Лапароскопическая методика позволяет четко определить распространенность гнойного процесса и провести тщательную прицельную санацию. Минимальная площадь повреждения брюшины препятствует развитию тяжелых спаечных послеоперационных осложнений. Кроме того, использование лапароскопического доступа позволяет выявить сопутствующие заболевания органов брюшной полости.

В настоящее время таковыми являются наличие плотного инфильтрата, распространенного перитонита, наличие единого конгломерата с плотными фиброзными сращениями, выраженный парез кишечника, требующий декомпрессии.

Цель исследования. Целью исследования является улучшение результатов оперативного лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на анализе результатов лечения 95 больных острым аппендицитом при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка из 102 больных, перенесших аппендэктомию с 2019-2021 г.

Результаты исследования. Полное ретроперитоне-альное расположение червеобразного отростка встретилось в 29 случаях, неполное - в 66. Лапароскопия, проведенная в 11 случаях при полном ретроперитоне-альном и в 21 случае при неполном ретроперитонеаль-ном расположении аппендикса, позволила установить диагноз в 8 и 19 случаях соответственно. Сомнения в диагнозе возникли в 5 наблюдениях (15,6 %): у 2 больных с неполным ретроперитонеальным расположением отростка видимая часть отростка была не изменена; у 3 больных с полным ретроперитонеальным расположением отростка отсутствовали признаки воспаления в области предполагаемой локализации аппендикса. Во всех 5 случаях была проведена срединная лапаротомия с рассечением заднего листка париетальной брюшины и выделением отростка.

В 4 наблюдениях в основной группе после аппен-дэктомии сохранялись явления местного перитонита, что потребовало лапароскопии и санации брюшной полости с хорошим эффектом в ближайшем послеоперационном периоде.

Широкое применение лапароскопии позволило значительно уменьшить травматичность вмешательств за счет уменьшения частоты срединных лапаротомий. Также использование оптимизированной хирургической тактики позволило значительно уменьшить частоту раневых послеоперационных осложнений.

Обсуждение полученных данных. При сравнительной оценке эффективности различных тактических подходов в лечении острого аппендицита с ретропе-ритонеальным расположением червеобразного отростка мы учитывали травматичность оперативных вмешательств и частоту раневых и внутрибрюшных послеоперационных осложнений.

На основании проведенного исследования можно заключить, что информативность лапароскопии в диагностике острого аппендицита при ретроперито-неальном расположении отростка превышает 80 %. Расширение показаний к лапароскопическим и ви-деоассистированным операциям позволяет значительно уменьшить частоту аппендэктомий посредством срединной лапаротомии. Применение оптимизированной тактики хирургического лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении отростка также позволяет значительно уменьшить частоту раневых послеоперационных осложнений. Лапароскопия в

сочетании с санацией брюшной полости является эффективным компонентом в комплексном лечении некупируемого послеоперационного перитонита.

Вывод. Выполнение диагностической лапароскопии позволяет уточнить выраженность патологических изменений со стороны червеобразного отростка, его расположение в ретроперитонеальном пространстве и выбрать оптимальный оперативный доступ в зависимости от вариантов его локализации.

Расширение показаний к применению лапароскопического и видеоассистированного доступов при ретроперитонеальной локализации воспаленного червеобразного отростка позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов, что позволяет в целом улучшить результаты лечения.

Расширение показаний к малоинвазивным методам операций при остром аппендиците позволяет снизить сроки госпитализации и ускорить реабилитацию пациентов в послеоперационном периоде.

Применение предложенного инструмента, облегчающего удаление из брюшной полости воспаленного червеобразного отростка, позволяет уменьшить вероятность развития осложнений со стороны операционной раны и улучшить косметический эффект операции.

КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ КОЖИ

Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детских анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Лечение глубоких ожогов кожи - сложный, дорогостоящий и длительный процесс. Ожоговая травма продолжает оставаться в первой тройке всех прочих травм, тенденции к снижению не наблюдаются. Независимо от общего прогресса в области хирургии и комбустиологии поиск новых методов лечения, направленных на быстрое восстановление кожного покрова пациента является одной из важнейших задач.

Цель работы - изучить влияние магнитоплазменной терапии (МПТ) на клинико-цитологические изменения при глубоких ожогах.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 58 пациентов с глубокими ожогами кожи (ШБ-IV ст.) площадью от 10% до 40% поверхности тела, в возрасте 30-60 лет. Основную группу составили 31 пациента, которым проводилась обработка ожоговых ран с применением МПТ; в группу клинического сравнения объединили 29 больных, получавших традиционную терапию [8,19]. Лечение осуществлялось аппаратами "Плазон" и МАГ-30. Одновременно на раневую поверхность воздействовали потоком воздушной плазмы и переменным магнитным полем частотой 50 Гц с магнитной индукцией 30 мТл [1,10,11,12]. Определение уровня цитокинов в раневом отделяемом проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием иммуноферментного анализатора "Expert 96". При сравнении показателей использовали непараметрический метод Манна-Уитни и Вилкоксона. Результаты представлены в виде медианы (Me) с интерквартильным размахом процентилей [25; 75] и среднего значения (M) со стандартным отклонением. Статистически значимыми считали различия при значениях $p < 0,05$.

Полученные результаты и обсуждение. Клинически у больных, получавших магнитоплазменную терапию, по отношению к группе пациентов с традиционным лечением, отмечалось уменьшение серозно-гнойного отделяемого из ран, отека, болевого синдрома, появление краевой эпителизации в ранние сроки [1, 4, 6]. У больных основной группы при площади глубокого ожога 10-19% поверхности тела отмечали купирование отека в среднем на 3,1 ($p < 0,05$) суток раньше, при 20-29% - на 3,5 ($p < 0,001$) суток и при 30-40% - на 2,3 ($p < 0,01$) суток раньше по отношению к группе клинического сравнения. После отторжения струпа площадь ожоговых ран играет определенную роль в развитии болевого синдрома. Следует отметить, что в период сеанса МПТ и в последующие 6-12 часов после него у всех пациентов, независимо от площади ожога, не отмечалось болей в ранах, но затем у 40% больных они появлялись вновь. У пациентов, получавших МПТ, продолжительность болевого синдрома была достоверно меньше: при площади ожога 10-19% - в среднем на 1,4 дня и при площади 20-29% - на 2,3 дня.

Цитокины при иммунном ответе мало поступают в системный кровоток, а выделяются и проявляют свое действие непосредственно в очаге воспаления. У больных, получавших МПТ, по отношению к группе клинического сравнения, зарегистрировано снижение концентрации IL-1 β в раневом секрете на 7-е сутки в 1,5 раза ($p < 0,01$), на 14-е сутки - в 2,4 раза ($p < 0,001$). Одновременно с этим наблюдалось снижение уровня IL-8 во все сроки исследования: на 7-е сутки на 39%, на 14-е сутки на 48% ($p < 0,001$) [5, 6]. А также отмечалось уменьшение содержания TNF α на 7-е сутки лечения в 1,6 раза, а на 14-е сутки - в 2,1 раза ($p < 0,01$). Содержание IL-10 было на 7-е сутки в 1,6 раза выше ($p < 0,01$), на 14-е сутки - в 2,3 раза выше ($p < 0,001$). Заживлению ожоговой раны способствует ростовый фактор [13, 14]. Увеличение его концентрации отмечено в обеих группах больных во все периоды исследования. Но в группе пациентов, получавших магнитоплазменную терапию, уровень ростового фактора возрастал на 7-е сутки в 2,7 раза, на 14-е сутки в 2,5 раза ($p < 0,001$) по отношению к группе клинического сравнения [1, 3, 4].

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать магнитоплазменную терапию для лечения больных с ожоговой травмой поскольку уменьшает сроки регенерации тканей и время подготовки больных к первой аутодермопластике, что в конечном итоге, способствует более быстрому выздоровлению больных и сокращению сроков госпитализации.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХИРОКАИНА (ЛЕВОБУПИВАКАИНА) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детской анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Поиск наиболее безопасного местного анестетика. Или возможно ли проведение абсолютно безопасной анестезии? Регионарные методы обезболивания, имея большое количество преимуществ, имеют и ряд негативных моментов [2,3,4,5,7,8,12,15,17]. Весомую долю среди последних при анестезиологических пособиях и интенсивной терапии занимает интоксикация местными анестетиками [9,11,16]. Сопровождающаяся следующими побочными эффектами от легкой степени (привкус препарата во рту) до тяжелой (угнетение сознания, апноэ, стойкая гипотония, развитие судорог, асистолия) [6,14]. Появление современных местных анестетиков, таких как ропивакаин и недавно появившийся хирокаин (хлоргидрат, левобупивакаин) обладающих менее выраженным токсическим действием на центральную нервную систему и сердечно – сосудистую систему по сравнению с бупивакаином, доказанных научными работами, вызывает у анестезиологов определённый интерес, позволяющий повысить, эффективность, безопасность и комфорт пациента при проведении регионарных методов обезболивания [1,10,11,13]. В последние годы появились чистые левовращающиеся с энантиомеры бупивакаина, в качестве безопасной альтернативы для регионарной анестезии, чем рацемический бупивакаин. Он продемонстрировал меньшее сродство и силу угнетающего влияния на клетки миокарда и клетки центральной нервной системы в фармакодинамических исследованиях, а также улучшенный фармакокинетический профиль.

Цель. Опыт применения современных местных анестетиков, сравнительная характеристика.

Материалы и методы. Работа проводилась в условиях отделения травматологии Андижанского филиала Республиканского центра экстренной медицинской помощи, при операциях на нижних конечностях открытой репозиции в условиях металлоостеосинтеза. В работу включены и проанализированы 90 случаев спинальных анестезий. Пациентам, которые соответствовали I -II классу объективного статуса и риска анестезии по ASA. У всех пациентов получено информированное согласие на проведение спинальной анестезии. До начала спинальной анестезии пациенту в асептических условиях выполнена катетеризация периферической вены, регистрировали артериальное давление, частоту сердечных сокращений, частоту дыхательных движений, сатурацию. В асептических условиях выполнялась спинальная анестезия на уровне L3 -L4. Анестезия проводилась иглами фирмы "B - Braun" размерами 25 - 27 G. В 45 случаях анестезия проводилась хирокаином и оставшихся 45 случаях бупивакаином, в дозе 12,5 -15 мг. Во время анестезии регистрировали следующие параметры: наступление анестезии, факт наличия моторного блока, степень моторного блока, время наступления моторного блока, уровень сенсорного блока (время наступления утраты температурной чувствительности и время утраты тактильной чувствительности), артериальное давление, частоту сердечных сокращений, частоту дыхательных движений пациента, также регистрировались такие побочные эффекты кожные высыпания, зуд, тошнота. Регистрацией данных занимался анестезиолог. Данные оценивались каждые 2 -2,5 минуты. Уровень анальгезии оценивался по уменьшению болевого синдрома по вербально - аналоговой шкале (ВАШ) и помощью булавочного теста. Уровень моторного блока оценивался по модифицированной шкале Bromage (0 - нет моторного блока, 1 - невозможность сгибания конечности в тазобедренном суставе, 2 – невозможность сгибания конечности в тазобедренном и коленном суставе, 3 - полный моторный блок). Уровень сенсорного блока оценивался с помощью температурного теста (спиртовым шариком). Уровень тактильной чувствительности оценивался по субъективным ощущениям пациента. Артериальной гипотензией считалось снижения артериального давления ниже 20 % от исходного. При развитии гипотонии проводилось внутривенное капельное введение коллоидных препаратов. Если это было не эффективно, то внутривенно вводили мезатон в разведении 0,1 мл (1мг) на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида, вводили дробно по 0,1 мл.

Результаты: при проведении спинальной анестезии бупивакаином и хирокаином эффективность анестезии была схожей. Однако у пациентов наблюдались отличия в скорости наступления сенсорно - моторного блока, уровня моторного блока, а также регрессии моторного блока.

При интратекальном введении бупивакаина у 32 пациентов адекватная анестезия, с полным сенсорно - моторным блоком развилась на 8-9 минуте. У 13 пациентов полный сенсорно - моторный блок развился на 10- 12 минуте. У 21 пациентов отмечается артериальная гипотония, у 12 пациентов купирована за счёт введения коллоидных растворов, у 6 пациентов купирована введением мезатона.

При интатекальном введении хирокаина (хлоргидрата левобупивакаина). У 32 пациентов адекватная анестезия, с полным сенсорно - моторным блоком развилась на 8-10 минуте. У 10 пациентов полный моторный блок, при уже наступившей адекватной аналгезии развился на 15- 18 минуте. У 2 пациентов отмечается выключение тактильной чувствительности на 21-23 минуте. У 1 го пациента тактильная чувствительность, при наступившей адекватной аналгезии с развитием полного моторного блока сохранялась более 25 минут, что потребовало дополнительной медикаментозной седации пациента. У 19 пациентов отмечается артериальная гипотония, у 11 пациентов купирована введением коллоидных растворов, у 1 потребовало введения мезатона.

Заключение:

- применение 0,5% раствора хирокаина (хлоргидрата левобупивакаина) и 0,5% раствора бипувакаина в дозе 12,5 - 15 мг обеспечивает адекватную анестезию и миореалаксацию;
- при применении хирокаина (хлоргидрата левобупивакаина) отмечается боллее позднее наступление полного моторно - сенсорного блока по сравнению с бупивакаином;
- при применении бипувакаина явления двигательного и сенсорного блока более выражены;
- применение хирокаина в работе показало более безопасное действие по сравнению с бупивакаином, в связи с меньшей частотой развития побочных эффектов (артериальная гипотония, брадикардия) и их обратимостью.

МАГНИТОПЛАЗМЕННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ

Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детских анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Считается, что тяжелая термическая травма с поражением более 10-15% поверхности тела сопровождается развитием ожоговой болезни и неспецифического системного воспалительного ответа, которые часто приводят к развитию полиорганной недостаточности. Одной из ведущих причин летальных исходов ожоговой болезни является сепсис, включающий синдром системного воспалительного ответа (ССВО), на фоне которого присоединяется инфекция [5, 7, 9, 16, 19]. Системный воспалительный ответ может развиваться у пострадавших уже в ранние периоды ожоговой болезни, когда нет клинических признаков инфекционного процесса.

Цель работы. Оценка эффективности магнитоплазменной терапии (МПТ), основанной на комбинированном одновременном воздействии низкотемпературной воздушной плазмы и переменного электромагнитного поля, на течение синдрома системного воспалительного ответа у больных с глубокими ожогами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 58 пациентов с глубокими ожогами кожи (ШБ-IV ст.) площадью от 10% до 40% поверхности тела, в возрасте от 30 до 60 лет. Основную группу составили 31 пациента, которым проводилась обработка ожоговых ран с применением МПТ; в группу клинического сравнения объединили 29 больных, получавших традиционную терапию [5, 6, 8, 11]. Лечение осуществлялось аппаратами "Плазон" и МАГ-30. Одновременно на раневую поверхность воздействовали потоком воздушной плазмы и переменным магнитным полем частотой 50 Гц с магнитной индукцией 30 мТл [1, 4, 10, 12, 17]. Для характеристики активности системного воспалительного ответа у больных с тяжелыми обширными ожогами в исследуемых группах мы взяли показатели - тахипноэ, тахикардии, гипертермии, а также дополнительные критерии - показатели провоспалительных цитокинов [13, 14, 15, 18]. При сравнении показателей использовали непараметрический метод Манна-Уитни и Вилкоксона в связи с ненормальным распределением значений в вариационных рядах. Для сравнения связи между двух переменных величин применили таблицу сопряженности. Статистически значимыми считали различия при значениях $p < 0,05$.

Результаты. На седьмые сутки от момента получения глубокого ожога кожи у больных обеих сравниваемых групп регистрируется высокая частота встречаемости обозначенных параметров. Однако в группе больных, получавших магнитоплазменную терапию, при площади поражения 10-19% гипертермия и тахипноэ встречались реже в 1,4 раза и 1,6 раза соответственно ($p < 0,05$). При площади 20-29% встречаемость гипертермии снизилась в 1,6 раза ($p < 0,05$), при 30-40% тахипноэ встречалось реже в 1,6 раза ($p < 0,05$). Уровень провоспалительных цитокинов в группе пациентов, которым применяли магнитоплазменную терапию был достоверно выше по сравнению со здоровой группой людей, но ниже по отношению к группе клинического сравнения [1, 2, 3, 7]. Так содержание IL-1 достоверно было ниже на 16%, уровень IL-6 был ниже на 17% ($p < 0,01$). Концентрация IL-8 превышала уровень здоровых людей в 30 раз ($p < 0,001$), однако, этот показатель был достоверно ниже по отношению к группе клинического сравнения на 22%. Уровень TNF превышал контрольные значения в 30 раз ($p < 0,001$) и оставался ниже на 54% ($p < 0,001$) по сравнению с группой, не получавших магнитоплазменную терапию.

На 14-е сутки в группе МПТ все показатели встречаются достоверно реже, чем в группе клинического сравнения. Особенно выражена эта разница в группах больных с площадью глубокого ожога 10-19% поверхности тела. Более чем в 2 раза реже в исследуемой группе встречаются тахикардия ($p < 0,05$), в

3,7 раза - нарушения функции внешнего дыхания ($p<0,01$), практически в 3 раза снижается встречаемость тяжелой лихорадки ($p<0,05$). При площади 30-40% глубокого ожога тахикардия и тахипноэ встречались реже в 1,7 раза, а гипертермия - в 2,9 раза. Все исследуемые показатели провоспалительных цитокинов достоверно снижались по отношению к группе клинического сравнения в этот же период: IL-1 β - в 2,4 раза, IL-6 - в 1,5 раза, IL-8 - в 1,6 раза, TNF α - в 1,6 раза. Интересно отметить, что в динамике у больных, получавших магнитоплазменную терапию, концентрация данных показателей также имела тенденцию к снижению: IL-1 β в 3,6 раза, IL-6, IL-8 и TNF α - в 1,7 раза соответственно по сравнению с седьмыми сутками.

Вывод. Таким образом, проведенные нами исследования показали, что включение в схему лечения больных с глубокими ожогами кожи магнитоплазменной терапии способствует снижению активности синдрома системного воспалительного ответа, положительному клиническому эффекту у больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СОСУДАХ ШЕИ

Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детской анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Атеросклеротические поражения сонных артерий составляют около 17% от общего числа поражений всех ветвей аорты и является ведущей причиной такой распространенной катастрофы, как инсульт. Атеросклероз называют болезнью века. В Республике Узбекистане доля острых нарушений мозгового кровообращения в структуре причин общей смертности равна 21,4%, а заболеваемость инсультом - 1,8-5,2 случая на 1000 населения в год [1,14]. В настоящее время с целью профилактики последующих инсультов применяется операция открытой каротидной эндартериектомии (удаление интимы и атеросклеротической бляшки) и устранение патологической извитости сонной артерии. При выполнении оперативных вмешательств на артериях каротидного бассейна существует определенный риск ишемического повреждения головного мозга, достигающий по данным разных авторов 1 % от числа оперированных больных, вследствие ишемии мозга во время пережатия сонной артерии, эмболизации в ходе операции, послеоперационной окклюзии сонной артерии, синдрома реперфузии после восстановления кровотока [4,5,6,7,11,15]. Анестезиологическое обеспечение в состоянии повлиять на частоту этих осложнений [2,3,10,13]. В мире до сих пор нет единого мнения по поводу выбора метода анестезии [8,9,12,16]. За последние 3 года в клинике АГМИ г. Андижан оперировано 10 пациентов с использованием блокады поверхностного и глубокого шейного сплетения. Осложнений при проведении регионарной анестезии не получено.

Сторонники регионарной анестезии при каротидной эндартериектомии приводят ее следующие преимущества:

- 1) Высокоинформативный и простой в реализации интраоперационный нейромониторинг, что позволяет проводить незамедлительную диагностику развивающейся церебральной ишемии во время операции. Оценивается уровень сознания, четкость речи, девиация языка, сила и возможность движения в контралатеральных конечностях.
- 2) Достоверно более низкая частота тяжелых сердечно-сосудистых нарушений в периоперационном периоде по сравнению с общей анестезией.
- 3) Обеспечивает хорошее длительное послеоперационное обезболивание.
- 4) Более короткое пребывание больного, как в отделении интенсивной терапии, так и в стационаре в целом.
- 5) Снижение расхода наркотических анальгетиков и миорелаксантов, что представляет экономическую выгоду.

К недостаткам регионарной анестезии при каротидной эндартериектомии можно отнести следующие:

- 1) Определенный эмоциональный дискомфорт пациента в связи с "эффектом присутствия на операции".
- 2) Риск так называемой "мозаичной блокады" или недостаточной анальгезии.
- 3) Возможность респираторной депрессии, в том числе, за счет блокады диафрагмального нерва на стороне анестезии.

Блокада шейного сплетения по Imparto в модификации А.В.Покровского из 4 точек для операций на сонных артериях. Голову больного поворачивают в противоположную блокаде сторону и пальпируют грудино-ключично-сосцевидную мышцу и сосцевидный отросток. Первый вкол на 1 см ниже сосцевидного отростка. Иглу вводят перпендикулярно поверхности кожи по заднему краю мышцы до контакта с поперечным отростком позвонка. Ощувив костное сопротивление иглу оттягивают и меняют направление несколько вверх и впереди, после чего вводят местный анестетик: Наропин (ропивакаин) 0,5 % раствор. Каждое последующее введение проводят аналогично на 1 см ниже предыдущего. Общий объем введенного анестетика не превышает 20 мл.

К осложнениям данной манипуляции относятся: развитие синдрома Горнера, опасность непреднамеренного внутрисосудистого введения местного анестетика (яремная вена, сонная артерия, позвоночная артерия) с развитием острой токсической реакции; гематома при пункции сонной артерии; интраневральная инъекция местного анестетика с развитием болевого синдрома; субарахноидальное введение анестетика. Клиника мозговой ишемии может появиться позже, уже во время оперативного вмешательства.

Закключение. Операции на сосудах шеи требуют от анестезиолога знаний не только в вопросах обезболивания и мониторинга, но и хирургических аспектов данной операции. Для успеха операции необходима четкая координация действий хирурга и анестезиолога. Проведение регионарной анестезии при сосудистых операциях на шее позволяет прогнозировать развитие ишемических и других интраоперационных осложнений, а также представляет собой экономическую выгоду.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЯМИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Абдуллаев Д.Б.

Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение числа рецидивирующего герпетического стоматита среди детей. Несмотря на разнообразие лекарственных средств, предложенных для лечения герпетического стоматита, частота рецидивирующих форм продолжает нарастать. Это вызвало необходимость разработки новых, более эффективных методов лечения рецидивирующего герпетического стоматита у детей с аллергическими заболеваниями.

Цель исследования. Разработать комплексную программу лечения рецидивирующего герпетического стоматита у детей с пневмониями.

Материалы и методы исследования. Обследовано и проведено лечение 118 больных с 2019 по 2021 г.г. в клинике детской хирургической стоматологии г. Андижана.

Результаты исследования. У детей, страдающих рецидивирующим герпетическим стоматитом, крупозными пневмониями, течение основного заболевания носит менее благоприятный характер (среднетяжелые и тяжелые формы составляют 72,0%), чем у детей без отягощенного статуса (среднетяжелые и тяжелые формы рецидивирующего герпетического стоматита составляют 41,0%).

У детей, страдающих рецидивирующим герпетическим стоматитом, обнаружена достаточно высокая распространенность пневмонии (76,0%), и бронхиальная астма (19,0%), атопический дерматит (34,0%), астматический бронхит (23,0%).

Впервые разработан метод комплексного лечения рецидивирующего герпетического стоматита у детей с пневмониями, заключающийся в сочетании иммуномодулятора ликопада и иммуноглобулина противояснгерпетического.

Установлено иммуномодулирующее влияние комплексного метода лечения рецидивирующего герпетического стоматита у детей с пневмониями на факторы местного иммунитета полости рта (показатели секреторного иммуноглобулина А, лизоцима слюны и коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета).

Метод комплексного лечения рецидивирующего герпетического стоматита показал высокую эффективность воздействия на показатели клеточного и гуморального иммунитета, а также на систему фагоцитоза и комплемента у детей с аллергическими заболеваниями.

Применение иммуномодулятора ликопада в сочетании с иммуноглобулином противовоспалительным при лечении рецидивирующего герпетического стоматита у детей с пневмониями в ближайшие и отдаленные сроки позволило добиться устойчивой ремиссии заболевания в 84% случаев.

Нормализация иммунологического статуса детей после применения комплексного метода лечения рецидивирующего герпетического стоматита у детей с пневмониями коррелирует с клиническим течением заболевания ($\gamma = 76; p < 0,05$).

Определение показателей местного иммунитета полости рта, гуморального и клеточного иммунитета, а также системы фагоцитоза и комплемента у детей рецидивирующим герпетическим стоматитом с аллергическими заболеваниями можно использовать в качестве критериев эффективности комплексного метода лечения ликопадом в сочетании с иммуноглобулином противояснгерпетическим.

Комплексный метод сочетания иммуномодулятора ликопада и иммуноглобулина противояснгерпетического позволяет добиться положительных результатов в 87% случаев у детей рецидивирующим герпетическим стоматитом с заболеваниями.

Вывод. Для лечения рецидивирующего герпетического стоматита у детей с пневмониями предложен комплексный метод лечения - сочетание иммуномодулятора ликопада с иммуноглобулином противояснгерпетическим.

Полученные данные указывают на благоприятное влияние комплексного лечения на иммунологический статус; на показатели местного иммунитета полости рта, на показатели клеточного, гуморального звеньев иммунитета, систему фагоцитоза и комплемента у детей с рецидивирующим герпетическим стоматитом на фоне пневмонии.

Применение ликопада в сочетании с иммуноглобулином противоаллергическим при лечении рецидивирующего герпетического стоматита у детей с пневмониями позволило добиться устойчивой ремиссии заболевания в 84% случаев, а также нормализации иммунологического статуса детей, что коррелирует с характером клинического течения заболевания ($\gamma = 76$; $p < 0,05$).

Определение показателей местного, гуморального и клеточного иммунитета, а также системы фагоцитоза и комплемента у детей рецидивирующим герпетическим стоматитом с пневмониями может быть использовано в качестве критериев эффективности комплексного метода лечения ликопадом в сочетании с иммуноглобулином противоаллергическим.

Комплексный метод использования иммуномодулятора ликопада и иммуноглобулина противоаллергического при лечении детей рецидивирующим герпетическим стоматитом с пневмониями позволяет добиться положительных результатов в 87% случаев.

ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЯМИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Абдуллаев Д.Б.

*Кафедра преемственности детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Герпетическая инфекция относится к числу самых распространенных и плохо контролируемых инфекций человека. Вирус простого герпеса (ВПГ) вызывает различные заболевания центральной и периферической нервной системы, печени и других паренхиматозных органов, глаз, кожи, слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, половых органов, а также имеет определенное значение во внутриутробной патологии плода. Нередко наблюдается сочетание различных клинических форм герпетической инфекции.

Одной из распространенных форм герпетической инфекции является острый герпетический стоматит. ОГС занимает первое место среди всех поражений слизистой оболочки полости рта и входит в лидирующую группу среди всех инфекционных заболеваний детского возраста.

Цель исследования. Научиться диагностировать ОГС, оценивать клинические проявления, проводить дифференциальную диагностику заболевания, прогнозировать возникновение рецидивирующего герпетического стоматита у детей с пневмониями, осуществлять общее и местное лечение ОГС, профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Материалы и методы исследования. Обследовано и проведено лечение 118 больных с 2019 по 2021 г.г. в клинике детской хирургической стоматологии г. Андижана.

Всем больным детям в динамике их лечения и наблюдения были проведены клинические и лабораторные методы исследования. Диагноз "острый герпетический стоматит с пневмониями" ставился на основании анамнеза, жалоб больных детей и их родителей, общеклинических и лабораторных исследований.

Результаты исследования. В анамнезе у больных детей выявлены: роль питания, перенесенные и сопутствующие заболевания, возможные неблагоприятные факторы, влияющие на организм. Степень тяжести заболевания устанавливали по общему состоянию больных детей (степень интоксикации, капризность, вялость, адинамия), температурной реакции, состоянию аппетита, функционированию ЖКТ (наличие запоров и поносов). При визуальном обследовании кожи лица и приротовой области, слизистой оболочки полости рта определяли наличие и характер высыпаний, состояние регионарных лимфоузлов.

Установлено нарушение микробиоценоза ротовой жидкости у детей больных ОГС, заключающееся в снижении обсемененности представителями облигатной микрофлоры, увеличении высеваемости условно патогенных микроорганизмов и обнаружении патогенных штаммов - *Bacteroides* и *E.coli*.

У детей, больных ОГС выявлен дисбактериоз в толстом кишечнике, характеризующийся дефицитом бифидо- и лактобактерий, лактозопо-ложительных эшерихий, увеличением содержания лактозонегативных эшерихий, стафилококков, грибов Кандида и протей.

Установлено снижение местных неспецифических факторов защиты полости рта, одними из причин которых являются патогенизация микрофлоры и снижение активности лизоцима ротовой жидкости.

Нарушение целостности слизистой оболочки полости рта на фоне ее острого воспаления сопровождается увеличением концентрации 10^6 М. Увеличение концентрации указывает на напряжение и усиление общей резистентности организма, как защитно-приспособительная реакция в ответ на снижение местных факторов защиты полости рта.

Применение бифидумбактерина и лактобактерина в комплексном лечении ОГС у детей с пневмониями является патогенетически обоснованным и приводит к нормализации видового состава

микрофлоры толстого кишечника, уменьшает дисбиотические нарушения, улучшает обменные процессы в организме, способствует повышению иммунных сил.

Применение 3% линимента госсипола в сочетании с приемом бифидумбактерина и лактобактерина с целью нормализации микрофлоры толстого кишечника у детей, больных ОГС, обеспечивает клинический эффект и сокращает продолжительность заболевания. Сроки выздоровления при среднетяжелой форме составляют 5,1±0,18 и 5,05±0,26 дней.

Вывод. В результате проведенных клинико-лабораторных исследований предложена новая патогенетически обоснованная схема лечения ОГС у детей 3% линиментом госсипола, биопрепаратами: бифидумбактерин и лактобактерин, которая рекомендована для использования практической стоматологией в амбулаторных и стационарных условиях.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

*Абдуллаев Жавохир Ойбек угли - студент стоматологического факультета
Рахмонова Феруза Муталибовна - старший преподаватель кафедры Факультетской стоматологии и
пропедевтики стоматологических заболеваний.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. По данным государственной статистической отчетности РУз первое ранговое место в структуре заболеваемости детского населения занимает патология ЛОР-органов, среди которой у детей дошкольного возраста преобладает развитие хронического тонзиллита – 45,2%. Особенности клинической картины, длительность течения данного заболевания, а также непосредственная анатомическая и функциональная связь с полостью рта обуславливают необходимость изучения взаимосвязи поражения органов челюстно-лицевой области с данной ЛОР-патологией у детей.

Цель исследования. Оценить стоматологический статус детей 3–10 лет с хроническим тонзиллитом для обоснования необходимости профилактики кариеса зубов, заболеваний пародонта и зубочелюстных аномалий у данной группы.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование родителей по поводу течения беременности, частоты заболеваемости ребенка за год, наличия у него признаков ротового или смешанного типов дыхания, особенностей гигиенического ухода за полостью рта ребенка. В ходе клинического исследования проводили изучение медицинских карточек, опрос и клиническую оценку состояния полости рта 49 детей (34 мальчиков и 15 девочек) 3–10 лет, которые находятся на динамическом диспансерном наблюдении по поводу хронического тонзиллита с разной степенью тяжести. Обследование проводили в областной стоматологической поликлинике города Андижан. Во время изучения медицинских карточек обращали внимание на срок нахождения ребенка на диспансерном учете, клиническое обследование проводили по методике ВОЗ (1989). Состояние твердых тканей временных зубов оценивали с использованием показателей распространенности (%), интенсивности кариеса зубов (кпз); гигиену полости рта – по индексу Ю.А. Федорова – В.В. Володкиной (1971). Для регистрации данных обследования использовали специально разработанные медицинские карты стоматологического больного.

Результаты исследования. В ходе анкетирования выявлено, что около 70% детей чистят зубы один раз в день и нерегулярно, что 100% обследованных имеют высокий уровень потребления углеводов в своем ежедневном рационе, лишь 11% детей употребляют чистую воду или ополаскивают ротовую полость после приема кариесогенной пищи. Оценивая состояние гигиены полости рта, в группе детей с сопутствующей патологией определили, что она неудовлетворительна и составляет 2,3 балла. У 22 детей выявлен кариес, что соответствует уровню распространенности в 44%. В ходе клинического исследования у 31 ребенка диагностированы зубочелюстные аномалии (63%) и у 29 детей – ротовое дыхание (82%).

Выводы. У детей с хроническим тонзиллитом выявлено ухудшение состояния гигиены полости рта, наличие высокого уровня распространенности кариеса и зубочелюстных аномалий, преобладание смешанного или ротового типов дыхания. Проведенные нами исследования обуславливают необходимость разработки и внедрения в практическое здравоохранение комплексных методов профилактики стоматологической патологии у данной группы пациентов.

ТРЕВОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Абдуллаев К.А., студент 423 -группы лечебного факультета
Научный руководитель: Примкулова Г.Н. -Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Клиническая картина тревожных расстройств складывается из психических симптомов, наиболее частыми из которых являются тревога, беспокойство "по мелочам", ощущение напряженности и скованности. Также для них характерны соматические проявления, обусловленные

преимущественно усилением активности симпатического отдела вегетативной нервной системы. Сочетание психической и соматической симптоматики неслучайно.

Многие испытывают ее ежедневно. Тревога – это сигнал об угрожающих изменениях в организме или внешнем мире. Тревога является наиболее часто встречающейся из психических расстройств в общемедицинской сети.

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей тревожной симптоматики в клинике вегето-сосудистых расстройств. Вегето-сосудистые расстройства сочетаются с коронарной патологией чаще, чем с целым рядом других заболеваний. Согласно данным литературы, тревога возникает в среднем у 28 % больных вегето-сосудистых расстройств. Комбинация этих болезней ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них.

Результаты исследования. В клинике АГМИ в терапевтическом отделении было обследовано 40 больных, от 30 – 60 лет, из них женщин -18 (45%), мужчин - 22 (55%). Среди больных выделены 2 группы: I- группа контрольная, в которой 22 человек (13 женщин и 9 мужчин) во время лечения были использованы психотропные средства.

II группа - 18 человек (5 женщин и 13 мужчин), в лечении которых применялось симптоматическое лечение без включения психотропных средств.

В контрольной группе эффект наблюдался через неделю после применения психотропных средств.

Улучшение состояния во II группе наблюдалось лишь после 3 недели (стационарного-1 неделя, амбулаторного – 2 недели) и лишь у 30% (6 больных – 4 женщины и 2 мужчин)

В группе этих больных было отмечено нижеследующие расстройства: часто встречающиеся головные боли, тошнота, рвота, боли в области сердца. Тревога представляет собой чувство напряжения, ожидания, дискомфорта. Первые объективные признаки (учащенное дыхание, мышечные напряжения, дрожь и т. п.). Вторые психовегетативные признаки: снижение настроения, сердцебиение, потливость, приступы головокружения, одышка, колебания настроения.

Эта симптоматика возникала при физических и психоэмоциональных нагрузках, при обострении хронических заболеваний.

Все наблюдаемые пациенты обращались к врачам общего профиля, где лечились с вегето-сосудистыми расстройствами. Все больные предъявляли жалобы на плохой сон, повышенную раздражительность, снижения настроения, тревогу, фобии, снижения работоспособности, утрату интересов.

После назначения даже малых доз психотропных препаратов (антидепрессантов, в частности феварина и транквилизаторов, в частности атаракса) состояние 27 (67,5%) больных улучшилось в первую неделю, исчезла тревога. В связи с этим целесообразно использование психотропных препаратов в терапевтической практике.

Вывод. Больным с тревожно-депрессивными нарушениями следует назначать антидепрессанты с выраженным анксиолитическим действием. В настоящее время наиболее часто применяются препараты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (пароксетин, циталопрам, флуоксетин, флувоксамин, сертралин). Следует отметить, что не все препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина демонстрируют равную эффективность по отношению к тревожным расстройствам. Исходя из этого оптимальными являются препараты сбалансированного действия. К их числу относится пароксетин. Отрадно заметить, что в практике российских врачей наконец появился пароксетин в виде лекарственного средства Рексетин (производства венгерской компании Гедеон Рихтер), обладающий высокой клинической эффективностью и оптимальным отношением качество/стоимость.

Многолетний опыт использования пароксетина показал его высокую противотревожную активность даже в случаях, когда в клинической картине регистрируются частые и интенсивные панические приступы.

Клинически доказано, что длительный прием не приводит к существенному изменению в социальной активности пациентов и не требует профессиональных ограничений.

ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА И ПРОГНОЗОМ У МУЖЧИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Абдуллаев К.А, студент 423- группы лечебного факультета

*Научный руководитель: Примкулова Г.Н. -Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ) возникает в результате окклюзии коронарной артерии, которая препятствует кровоснабжению миокарда в левом желудочке (ЛЖ). Ремоделирование ЛЖ может быть описано как клеточные, интерстициальные, молекулярные и генетические изменения, которые проявляются клинически, что выражается в изменении размера, формы и функции ЛЖ после сердечной травмы, такой как инфаркт миокарда.

Инфаркт миокарда приводит к миграции макрофагов, моноцитов и нейтрофилов в зону инфаркта; это инициирует внутриклеточную передачу сигналов и нейрогормональную активацию, которая локализует воспалительный ответ.

Изменения в системе кровообращения определяются потерей миоцитов, возбуждением симпатической нервной системы, активацией ренин-ангиотензинальдостероновой системы или высвобождением натрийуретических пептидов.

Цель исследования. Изучение электрического ремоделирования миокарда и его взаимосвязи с факторами риска и прогнозом у мужчин с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 444 мужчины, из которых 148 больных острым первичным инфарктом миокарда и 296 человек, не имевших клинических, анамнестических, ЭКГ - признаков ишемической болезни сердца, составили группу контроля.

Результаты исследования. Все исследуемые лица были разделены на две группы - до 50-ти и старше 51 года. Средний возраст в первой подгруппе составил для ОИМ 44,6±4,5 года и 43,7±4,9 лет для контрольной группы ($p=0,269$); во второй подгруппе средний возраст для ОИМ составил 60,3±6,6 лет и 59,9±6,1 лет для группы контроля ($p=0,662$).

Относительный и атрибутивный риск развития первичного ОИМ зависит от возраста больного и типа ФР. При этом, относительный и атрибутивный (добавочный) риск могут иметь разнонаправленный характер, в зависимости от вида фактора риска. Величина атрибутивного риска для артериальной гипертензии и фактора наследственности сердечно-сосудистых заболеваний с возрастом увеличивается.

У мужчин с острым коронарным синдромом (как с ОИМ, так и с НС) установлено достоверное существенное снижение величины скорости активации левого желудочка и увеличение показателя неоднородности САЖ, по сравнению с лицами без клинических проявлений ИБС, что свидетельствует о высокой степени электрической гетерогенности миокарда у данной категории больных.

Показатель неоднородности скорости активации левого желудочка, характеризующий гетерогенность миокарда, у больных с С)-ИМ достоверно выше, чем у лиц с ОИМ без зубца р.

Наличие факторов риска ассоциируется со снижением величины скорости активации левого желудочка и повышением показателя неоднородности САЖ. Наиболее тесная взаимосвязь установлена для артериальной гипертензии, курения, гиперхолестеринемии и избыточной массы тела.

Снижение величины САЖ в первые сутки, а также в динамике (на 7 и 17 сутки) развития ОКС и повышение уровня показателя неоднородности скорости активации левого желудочка вне зоны инфаркта являются маркером развития нарушений сердечного ритма и неблагоприятного прогноза у больных ОКС.

Вывод. Таким образом, чрезвычайно важным представляется поиск новых подходов к ранней диагностике сердечно-сосудистых заболеваний с учетом функциональных и адаптационных способностей миокарда для стратификации больных по степени риска развития осложнений, внезапной смерти, а также оптимизации прогноза и определения тактики ведения пациента, в частности, с острым коронарным синдромом.

ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУРЫ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ГРУДИ И ЖИВОТА ПРИ ПАДЕНИЯХ

Абдуллаев Ш.А.-резидент-магистр 2 курса кафедры судебной медицины

Салимова М.А. студент 4 курса лечебного факультета

Научный руководитель: д.м.н., профессор С.И.Индиаминов

Самаркандский Государственный медицинский институт

Травма от падения с высоты также является нередким видом тупых повреждений. Высота падения может варьировать от высоты роста человека до нескольких десятков и даже – сотых метров. При падениях с высоты обычно наблюдается сочетанная травма с повреждениями костей скелета и внутренних органов. Однако характер формирования повреждений органов и тканей при падениях определяется многими условиями и факторами

Цель исследования – изучить характер повреждений структуры органов груди и живота у лиц получивших травму в результате падения с высоты.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов экспертизы 82 трупов, лиц погибших от сочетанной политравмы в результате падений с высоты. Возраст пострадавших в 80 случаях от 16 до 66 лет. Среди погибших мужчин -64, женщин -18 (таблица 2.1). Высота падений варьировала от нескольких до десятков метров. В 48 случаях смерть пострадавших наступила на месте травмы, в остальных 34 наблюдениях – в стационарах.

Результаты исследования. СТ груди и органов грудной полости при падениях отмечены в 74 случаях (90,2%), а СТ живота выявлена в 69 случаях (80,4 %). В структуре повреждений груди переломы ребер отмечены в 51 случаях, из них правых – 13, левых – 16, двухсторонних – 22. Повреждения легких также оказались наиболее характерным для падений с высоты, которых мы наблюдали в 69 случаях (80,4%). Травматизация легких характеризовалась ушибами этого органа и морфологически выражалась в основном

массивными кровоизлияниями в их паренхиму, которые преимущественно локализовались в области корня обоих легких, иногда и отмечались разрывы ткани. Ушибы сердца выявлялись в отдельных случаях средостения.

В структуре СТ живота повреждения печени в виде подкапсульного кровоизлияния, кровоизлиянии в паренхиму и разрывов отметили в 56 случаях, кровоизлияния в стенку и брыжейки кишечника – 52 (из 69). Кроме того, были выявлены кровоизлияния в диафрагму (8), почки (9), селезенку (7). Формирование большого объема повреждений грудной клетки, органов грудной полости и органов живота были обусловлены, как высотой падений, так и частыми горизонтальными положениями тела пострадавших в момент приземления.

Выводы. Повреждений структуры органов и тканей груди и живота при падениях наблюдаются значительно часто, формирования которых связаны как соударениями частей тела об твердые предметы, так и сотрясением тела пострадавших.

ФАКТОРЫ РИСКА ПОЛЛИНОЗА ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Абдуллаева М.Н. - студентка 520-группы II- педиатрического и медико-биологического факультета
Научный руководитель: к.м.н., доцент Абдуллаев Н.Ч.
Ташкентский педиатрический медицинский институт.*

Актуальность: На сегодняшний день поллиноз является сезонным аллергическим воспалительным заболеванием, верхних дыхательных путей, вызываемых пылью растений. Большая проблема при сезонной аллергии кроется в том, что со временем поллиноз может перерасти в бронхиальную астму, поэтому не следует поверхностно и несерьезно относиться к своему здоровью. Как сказал отец медицины Гиппократ болезнь лучше предупредить, чем лечить, исходя, из этого мы должны узнать факторы риска и причины поллиноза.

Цель работы: Предупредить факторы риска поллиноза для детей раннего возраста.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 50 детей раннего возраста. Исследование было проведено в Ташкентской Городской больнице №1, в отделении Аллергологии. Из 50-ти детей девочек было-27(54%), а мальчиков-23(46%). При обследовании детей распределили по возрасту. Дети 1 года в общей структуре было9(18%), дети 2 годов-13(26%) и дети 3 годов-28(56%). Исследования проходили в двух направлениях объективно и субъективно. В субъективном направлении устроили экспресс опросник для родителей и рассказали ряд факторов рисков и причин возможности поллиноза. А в объективном направлении выяснено симптомы как:зуд и покраснения глаз, слезотечение, приступы чихания, зуд носа, обильный насморк, зуд нёба, зуд языка, высыпания на коже, зуд кожи, головные боли, отёк Квинке и др.

Результат и их обсуждения: По результатам экспресс опросника выявлено что - первый из рисков и причин это наследственная предрасположенность, а после этого стоит пыльца, эфирные масла растений, злаки и пыль. С помощью выявления этиологии болезни и комплексной леченой исследования показало, что у 44(88%) детей состояния улучшалось на 87%.

Вывод: В ходе исследования выявлено при чувствительности к цветению березы ребенок будет реагировать на абрикосы, яблоки, орехи и вишню. Эти продукты питания тоже являются фактором риска для поллиноза. Ранний детский возраст-это фундамент жизни любого ребёнка, ограничение рисков болезни именно в этот момент приведёт к тому, что процентов на развитие бронхиальной астмы понежиться.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АЛГОРИТМ ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Абдулхаева Б.Х., Абдурахмадов А.А.
Научный руководитель: Отакузиев А.З. - Кафедра «Хирургии и урологии»
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В настоящее время основным методом лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости является оперативное вмешательство. При хирургическом лечении диссеминированного эхинококкоза (ДЭ) органов брюшной полости, основные нерешенные вопросы сводятся к определению объема предоперационной подготовки, вопросов этапности оперативных вмешательств, определению тактики по отношению к доступу и выбора наиболее подходящего метода ликвидации остаточной полости и способа обработки остаточной полости (ОП).

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных диссеминированным эхинококкозом органов брюшной полости путем дифференцированной тактики.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 45 больных диссеминированным эхинококкозом (ДЭ) органов брюшной полости, получавших стационарное лечение в клинике АндГосМИ в период с 2010 по 2019 гг.

В соответствии с целями и задачами исследования больные были разделены на 2 группы. Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная - 26 (57,8%) больных, которые получали стационарное лечение в 2010-2015 гг. традиционными методами; основная - 19 (42,2%) больных, которые получали стационарное лечение в 2016-2020 гг. усовершенствованными нами методами лечения. В обеих группах превалировало число женщин: 17 (65,4%) и 14 (73,6%) соответственно. Частота случаев диссеминированного ЭП увеличивается примерно с 20-летнего возраста пациентов.

Диссеминация чаще обнаруживалась у больных с клиническими осложнениями абдоминального эхинококкоза, где первичным источником диссеминации явилось локализация ЭК в том или ином органе (печень, селезенка, органы малого таза, первичная локализация ЭК в петлях кишечника и в сальнике). В характере диссеминации брюшной полости нами выявлены три формы диссеминированного поражения брюшной полости и ее органов: 1. Локальная форма - имеется множественное поражение одного органа или одной анатомической области брюшной полости; 2. Распространенная форма - эхинококковые кисты выявляются в отдалении друг от друга в 2-3 анатомических областях брюшной полости; 3. Генерализованная форма - имеет место тотальное поражение брюшной полости и ее органов, нередко выявляется сочетанное поражение тканей и органов других анатомических областей или полостей.

Всем поступившим в клинику больным производили комплексное обследование с использованием клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

По мере накопления опыта, нами разработан алгоритм хирургической тактики при ДЭ органов брюшной полости (Рац. пред. №4364 от 30.09.2019 г и №115 от 07.03), в соответствии с которым во всех случаях в предоперационную подготовку включали химиотерапию, иммунотерапию, гепатопротекторы.

В зависимости локализации эхинококковых кист в печени и на органах брюшной полости выбирается наиболее адекватный доступ: при локализации процесса (или паразита) во II-III-IV сегментах печени или остром угле реберной дуги выполняем верхнесрединный разрез с рассечением круглой и серповидной связок печени.

При локализации кист в III-VI сегментах, расположенных ближе к передне-нижней поверхности печени удобен косой подреберный доступ с сохранением целостности правой прямой мышцы живота. При невозможности свободных действий с кистами VII-VIII или же при поражении всех сегментов печени сегментов этот разрез расширялся Федорову (косой правый подреберный доступ) или верхнесрединный разрез с рассечением круглой и серповидной связок печени. При одновременном поражении сегментов печени и селезенки, предпочтение отдается верхнесрединному разрезу с использованием ретрактора Сигала. При поражении сегментов печени и органов малого таза выполняем раздельный доступ (верхне-нижнесрединный, над и ниже пупком остается по 5 см брюшной стенки) или же раздельный (косой правоподреберный + нижнесрединный).

При неосложненных кистах диаметром 5-7 см предпочтительны закрытая ЭЭ и тампонирующее ОП КСП; при больших и осложненных - наружное дренирование по типу «проточной системы». При диаметрах ЭК от 6 до 20 см проводили открытую эхинококкэктомию с дренированием остаточной полости по типу «проточной системы».

В некоторых случаях при диаметре ЭК 6-10 см наряду с открытой выполняли полузакрытую ЭЭ с тампонадой остаточной полости по Аскерханову с дополнительным дренированием или тампонаду КСП при локализации в II-III-IV-V сегментах печени с дополнительным дренированием. При диаметре ЭК 5-10 см выполняли закрытую ЭЭ и инвагинацией ФК с вворачиванием краев внутрь и капитонаж с наложением погружных поэтажных швов кетгутом в глубины полости. При краевом расположении ЭК независимо от её диаметра выполняли ИЭЭ в виде вылушивания ФК; краевую резекцию с удалением ФК и гемигепатэктомию при поражении всей или почти всей доли печени.

Остаточная полость после ЭЭ обрабатывается в следующей последовательности: 20% раствором натрия хлорида, далее - горячим раствором фурациллина нагретым до 70°, 96% спиртом, 5% йодной настойкой. Край иссеченной фиброзной капсулы коагулировали для полной ликвидации сколексов и ацефалочитов (№ IAP 04368 ПВРУз).

После выполнения оперативного вмешательства во всех случаях проводится профилактическая послеоперационная химиотерапия (альбендазолом, мебендазолом, зентелем, метронидазолом, фуразолидоном под контролем биохимических анализов крови), в сочетании с гепатопротекторами, иммунологической коррекцией.

Альбендазол давали по 12 мг/кг с сутки до операции, а начиная с 3 суток после операции - по 10 мг/кг в день в течение 28 дней. При диссеминации по 12 мг в 2 раза в сутки 15 дней; затем 1 раз в сутки в течение еще 15 дней в сочетании с эссенциале по 1 капсуле 3 раза в день. Проводили 3 - 4 курса (28 дней прием препарата и 15 дней перерыв). Для ликвидации осложнений в виде нагноения остаточной полости, скопления в ней жидкости из-за желчных свищей, крови, абсцесса, рецидива и/или диссеминация, разработан лечебный алгоритм.

Результаты и обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде больных с осложнениями преобладало в группе сравнения - 8 (30,7%), тогда как в основной группе этот показатель составил - 2

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

(10,5%) пациента. Отмечено снижение числа ранних релапаротомий и летальности в ближайший послеоперационный период.

В отдаленном послеоперационном периоде нагноение ОП с развитием гнойного свища в основной группе не отмечено, тогда как в контрольной это осложнение наблюдалось у 1 (3,8%) больного. Длительное желчеистечение по свищу в основной группе было у 1 (5,2%) больного и у 2 (7,6%) - в группе сравнения.

Отмечено снижение частоты рецидива заболевания с 7,6 до 0% наблюдений и общего количества больных с осложнениями по сравнению с контрольной группой.

Длительное дренирование ОП в основной группе отмечено в 5,2% наблюдений (1 пациент), тогда как в контрольной группе этот показатель составил 11,5% (3 больных).

Заключение. Разработанный алгоритм хирургической тактики при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости позволяет выбрать наиболее оптимальный хирургический доступ, а также наиболее обоснованный способ ликвидации остаточной полости в зависимости от диаметра и локализации эхинококковых кист, а также снизить частоту ближайших осложнений в 2,3 раза, а неблагоприятных результатов в отдаленные сроки - в 2,8 раза.

ВЛИЯНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Магистр 2 курса Абдуманнопова З.

*Научный руководитель доцент Негматшаева Х.Н., 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Одним из наиболее распространенных экстрагенитальных заболеваний женщин детородного возраста является варикозная болезнь.

Цель. Оценка влияния варикозной болезни на течение и исход беременности.

Материал и методы. Проведён сравнительный анализ течения беременности у 24 женщин с варикозной болезнью и 24 беременных в контрольной группе.

Обе группы по возрасту и срокам беременности были сопоставимы.

Средний возраст женщин обеих групп составил 27,2 ± 3,1 лет.

Критериями исключения из групп явились преэклампсия и сопутствующие тяжелые экстрагенитальные заболевания.

Согласно клинической классификации СЕАР, у 20 пациенток имелся II клинический класс (C2), у 4 пациенток III клинический класс (C3) хронической венозной недостаточности.

Сочетанное варикозное расширение большой подкожной вены и ее притоков, вен вульвы и влагалища отмечалось у 10 (41,7%) пациенток, изолированное расширение подкожной вены и её притоков у 12 (12%) беременных, а синдром тазового венозного полнокровия, расширения большой подкожной вены и вен наружных половых органов в 2 (8,3%) случаях.

Результаты. В конце второго триместра у 10 (41,7%) беременных основной группы отмечались дизурические расстройства, тогда как у пациенток контрольной группы эти явления имели место лишь в 1 (4,2%) наблюдении.

Частота плацентарной недостаточности у пациенток основной группы (50%) была выше, чем в контрольной группе – только у 1 (4,2%) пациентки.

Ограничение внутриутробного развития плода отмечалось у 3 (12,5%) пациенток основной группы.

Угроза прерывания беременности в основной группе зарегистрирована в 14 (58,3%) случаях, в контрольной группе - только у 1 (4,2%) пациентки.

В основной группе многоводие было у 4 (16,7%) пациенток, тогда как у беременных контрольной группы оно имело место лишь в 1 (4,2%) случае.

У 4 (8,3%) обеих групп отмечались отеки различной степени, при этом с достоверным различием: у 3 (12,5%) пациенток основной и у 1 (4,2%) контрольной групп.

Вывод. Результаты проведенного исследования подтверждают, что сопутствующая варикозная болезнь приводит к увеличению частоты различных осложнений гестации - плацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, ограничения развития плода, многоводия, отеков.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдулхамидов М - студент 6 - курса мед.пед. факультета

*Научный руководитель: Хафизова З.Б. доцент кафедры Педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Лямблиоз – это достаточно распространенное заболевание, развивающееся по причине поражения печени и тонкого кишечника. Актуальность лямблиоза у детей обусловлена тем, что

клинические проявления заболевания часто маскируются различными вариантами гастроэнтерологической патологии и аллергическими заболеваниями.

Цель. Изучить заболеваемость лямблиозом у детей Андижанской области.

Материалы и методы. Были проанализированы эпидемические карты детей, инвазированных лямблиями, а также проведен анализ клинико-лабораторных и статистических данных у больных детей лямблиозом в возрасте до 14 лет, обращавшихся за медицинской помощью с января по декабрь 2017 г.

Результаты. За анализируемый период на территории Андижанской области зарегистрировано 164 случая лямблиоза у детей. Заболевание регистрировалось как в городской (49,1%), так и в сельской (50,9%) местностях. Диагноз во всех случаях был установлен на основании анамнеза и обнаружения цист лямблий в кале.

Выводы: Проблема лямблиоза в Андижанской области продолжает оставаться актуальной; заболеванию подвержены дети в возрасте от 6 до 14 лет – 70,7%. Так же мы наблюдали за клиническим течением болезни у 37 больных детей, из которых с типичными формами лямблиоза – 29 детей (78,4%), с атипичными – 8 детей (21,6%). С кишечной формой заболевания было зарегистрировано – 13 детей (35,2%) с билиарно-панкреатической формой – 8 детей (21,6%), с астено-невротической формой – 5 детей (13,5%), со смешанной формой – 3 детей (8,1%), с бессимптомной – 6 детей (16,2%) и с токсико-аллергической – 2 детей (5,4%).

ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕЗА COVID-19

*Абдурахимов А.Х., Асланов М.Н. – соискатели
Научные руководители – Хегай Л.Н., Сайфуллаева С.А. –
Межвузовская научно-исследовательская лаборатория
Ташкентской медицинской академии*

Цель исследования. Изучить патогенез развития COVID-19.

Материалы и методы. Проводился обзор литературных данных по изучаемому вопросу.

Результаты. По В.Г.Майданнику выделяют шесть фаз патогенеза пневмонии. Патогенез пневмонии, вызванной новым коронавирусом, принципиально от других пневмоний не отличается:

Первая фаза патогенеза — это проникновение коронавируса. Под действием вируса подавляется АПФ2 и это приводит к токсическому избыточному накоплению ангиотензина II и брадикинина.

Гипербрадикинемия, в свою очередь, вызывает острый респираторный дистресс-синдром, отёк лёгких и миокардит.

Вторая фаза патогенеза — это стадия неспецифического воспаления. Проникшие в легкие бактерии, воздействуя через свои специфические токсины и ферменты, вызывают первичную альтерацию (повреждение) интерстициальной и альвеолярной ткани, ее отек, повышение проницаемости, диapedез эритроцитов и белков в просвет альвеол.

Третья фаза патогенеза — активация процессов свободнорадикального окисления. В этой фазе заболевания наблюдается активация перекисного окисления липидов, что приводит к окислению ненасыщенных жирных кислот клеточных мембран и, что особенно важно, к окислению фосфолипидов сурфактанта, который выстилает внутреннюю поверхность альвеол. Это способствует снижению содержания сурфактанта, нарушению поверхностного натяжения альвеол и возникновению микро- и макроателектазов.

Четвертая фаза патогенеза — нарушение физиологических механизмов регуляции дыхания. В этой фазе дальнейшее прогрессирование развития заболевания связано с нарушением центральной регуляции дыхания, нарушением вентиляции легких, транспорта кислорода через альвеолярно-гематический барьер, с нарушением перфузии легких и тканевого дыхания. В конечном итоге это приводит к диспноэ, гипоксии и гипоксемии, а в дальнейшем — к формированию симптомокомплекса дыхательной недостаточности.

Пятая фаза патогенеза — дыхательная недостаточность и нарушение недыхательных функций легких. В этой фазе в результате ранее развившейся обструкции дыхательных путей, альтерации и альвеолярной экссудации, нарушения диффузии газов и гемодинамики в легких формируется дыхательная недостаточность.

Шестая фаза патогенеза — метаболические и функциональные нарушения органов и систем организма. Для этой фазы характерна развернутая клиническая картина заболевания с нарушением многочисленных биохимических и физиологических процессов, функционального состояния органов и систем.

Выводы. Глубинное понимание сложных и взаимосвязанных механизмов развития этих процессов позволяет применять следующие группы лекарственных препаратов как средства этиотропной и патогенетической фармакотерапии на самых ранних этапах лечения инфекции: противовирусные, противовоспалительные, муколитические, антибактериальные, противоотечные, антагонисты рецепторов брадикинина, глюкокортикостероиды, антикоагулянты, ангиопротекторы, бронходилататоры,

антиоксиданты, экстракт сурфактанта, дыхательные стимуляторы, регуляторы водносолевого обмена и кислотно-щелочного состояния.

РОЛЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Абдурахимов А.Х., Асланов М.Н. – соискатели
Научные руководители – Хегай Л.Н., Сайфуллаева С.А.
Межвузовская научно-исследовательская лаборатория
Ташкентской медицинской академии*

Введение. Одним из основных ключевых патогенетических механизмов COVID-19 является ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС). Ренин-ангиотензин-альдостероновая система представляет собой элегантный каскад вазоактивных пептидов, которые играют ключевую роль в физиологии человека. Каскад патологических процессов реализуется через основные компоненты этой системы – ренин, проренин, ангиотензин II (АТ II), альдостерон, которые как циркулируют в плазме крови (циркулирующая РААС), так и синтезируются непосредственно в органах и тканях (сердце, почки, лёгкие, глаза, жировая ткань, поджелудочная железа), определяя поражение органов-мишеней гиперактивностью локальных (тканевых) РААС. Ангиотензинпревращающий фермент 2 (АПФ 2) отвечает за преобразование ангиотензина II в ангиотензин 1–7, обладающий противовоспалительными свойствами и стимулирующий увеличение синтеза оксида азота, который, в свою очередь, обладает вазодилатирующими и вазопротекторными свойствами.

Цель исследования. Изучить роль ренин-ангиотензиновой системы (РАС) в развитии COVID-19.

Материалы и методы. Проводился обзор литературных данных по изучаемому вопросу.

Результаты. Стало известно, что возбудитель COVID-19 («COroNaVirus Disease 2019») представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к семейству Coronaviridae, относится к линии Beta-CoV. Сродство S-гликопротеина вируса SARS-CoV-2 с ангиотензинпревращающим ферментом-2 (АПФ2) приводит к преимущественному первичному повреждению рецепторов к данному ферменту, которые затем будут служить точкой проникновения вируса внутрь клетки. Специфические рецепторы к АПФ2 находятся в некоторых тканях организма человека, главным образом на мембранах пневмоцитов II типа, энтероцитов тонкого кишечника, эндотелиальных клеток артерий и вен, а также гладкомышечных клеток большинства внутренних органов, в клетках коры головного мозга, полосатого тела, гипоталамуса и ствола головного мозга. Развитие неврологических симптомов при коронавирусной инфекции объясняется наличием рецепторов к АПФ2 в нейронах головного мозга и глии, что делает эти клетки чувствительными к инфицированию вирусом SARS-CoV-2. Под действием вируса подавляется АПФ2 и это приводит к токсическому избыточному накоплению ангиотензина II и брадикинина.

Выводы. Местная активация РААС может опосредовать повреждение лёгочной ткани при вирусной инфекции. Действие вируса вызывает повышение проницаемости клеточных мембран и усиленный транспорт жидкости, богатой альбумином, в интерстициальную ткань лёгкого и просвет альвеол. При этом разрушается сурфактант, что ведет к коллапсу альвеол, в результате резкого нарушения газообмена развиваются острый респираторный дистресс-синдром, тяжелые пневмонии.

«ЦИТОКИНОВЫЙ ШТОРМ» ПРИ COVID-19

*Абдурахимов А.Х., Асланов М.Н. – соискатели
Научные руководители – Хегай Л.Н., Сайфуллаева С.А.
Межвузовская научно-исследовательская лаборатория
Ташкентской медицинской академии*

Введение. Цитокины представляют собой низкомолекулярные белки, которые вырабатываются преимущественно эффекторными клетками крови в месте воспаления, основная функция которых состоит, прежде всего, в контроле процессов клеточного гомеостаза. Уровень цитокинов в периферической крови может быть повышен при многих заболеваниях. В таких случаях развивается достаточно своеобразная клинико-лабораторная картина под названием "цитокиновый шторм", подчёркивающим чрезвычайно бурную реакцию клеток иммунной системы, связанную с гиперпродукцией ими преимущественно провоспалительных цитокинов.

Цель исследования. Изучить роль врожденного иммунитета в развитии «Цитокинового шторма» при COVID-19.

Материалы и методы. Проведен обзор литературных данных по изучаемому вопросу.

Результаты. Нарушение регуляции врожденного иммунитета приводит к прогрессирующей чрезмерной секреции воспалительных цитокинов и хемокинов и развитию синдрома высвобождения цитокинов. Затем происходит следующее:

1. Молекулярные фрагменты, ассоциированные с повреждениями высвобождаются из поврежденных клеток и тканей.

2. Многие патоген-ассоциированные молекулярные паттерны появляются из инфицированных тканей и микробной флоры в организме.

3. Повреждение эпителиальных и эндотелиальных клеток, дисфункция митохондрий из-за чрезмерного количества цитокинов и хемокинов приводит к нарушению функций врожденного и приобретенного иммунитета.

Следует отметить, что синдром высвобождения цитокинов – это не заболевание, а скорее патофизиологическое состояние, которое со временем ухудшается, приводя к следующим последствиям:

1. Разрушенные ткани и клетки в результате апоптоза, некроза или пироптоза вызывают резкое и массивное увеличение цитопатических продуктов, таких как соотношение аспартаттрансаминаза/лактатдегидрогеназа и мышечных ферментов.

2. Широкий спектр повреждений эндотелиальных клеток вызывает серьезные нарушения в системе свертывания–фибринолиза и выход плазмы крови из кровеносных сосудов. Прогрессирование этих событий формирует синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

3. Врожденные иммунные ответы усугубляются митохондриальной дисфункцией. Кардиолипид и митохондриальная ДНК, которые попадают в цитоплазму и плазму крови при митохондриальном стрессе, повреждениях и гибели клеток, еще больше промотируют воспалительные патофизиологические ситуации.

Вывод. Патогенетическую основу синдрома «цитокинового шторма» составляет дерегуляция синтеза провоспалительных, иммунорегуляторных, противовоспалительных цитокинов и хемокинов, отражающая патологическую активацию врожденного и приобретенного иммунитета.

Клинические симптомы, такие как лихорадка, утомляемость, чувство недомогания и анорексия, а также повышенный уровень С-реактивного белка при воспалительных состояниях, отражают высокие уровни IL-6 и IL-1 β в плазме. Поэтому степень синдрома высвобождения цитокинов у больного можно понять по анализу клинической картины и показателей анализа крови.

ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У БОЛЬНЫХ С ХПЗ

*Абдурахимов А.Х., Асланов М.Н. – соискатели
Научные руководители – Хегай Л.Н., Сайфуллаева С.А.
Межвузовская научно-исследовательская лаборатория
Ташкентской медицинской академии*

Введение. COVID-19 – это новое заболевание с высокой степенью передачи и тяжелым штаммом, которое быстро распространилось по всему миру. Некоторые отчеты показывают, что до 80% инфицированных людей имеют симптомы от легкой до умеренной тяжести, теоретически представляют группу, которая может не обращаться за медицинской помощью и, таким образом, не влияет на предполагаемую распространенность, искажающую расчет реального уровня инфицирования. Хотя COVID-19 в основном характеризуется симптомами со стороны дыхательных путей, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и осложнения часто сопровождают инфекции COVID-19, повышая заболеваемость и смертность пациентов с COVID-19.

Цель исследования. Изучить течения COVID-19 у больных с ХПЗ.

Материалы и методы. Проводился обзор литературных данных по изучаемому вопросу.

Результаты. Помимо респираторных клеток SARS-CoV-2 может поражать другие органы, включая почки, подвздошную кишку и сердце, особенно при наличии виремии. Таким образом, культивируемые почечные эпителиальные клетки проксимальных канальцев, мезангиальные клетки клубочков и подоциты экспрессируют ангиотензинпревращающий фермент 2 (АПФ2) на своей поверхности и могут представлять собой другую мишень для COVID-19. Кроме того, CD147 экспрессируется в базолатеральной мембране проксимальных и дистальных канальцевых клеток. Поскольку основным местом экспрессии АПФ2 является щеточная кайма проксимальных канальцевых клеток, вполне вероятно, что в отсутствие вируса или клубочковой фильтрации вируса CD147 может представлять собой ключевой рецептор для поражения почек вируса. Культура SARS-CoV-2 приводит к проникновению инфекции в иммортализованные клетки проксимальных канальцев, но не в мезангиальные клетки клубочков или подоциты. Хотя почки обладают более высокой активностью АПФ2, чем легкие, сердце и поджелудочная железа, клетки сердца и гладких мышц артерий также экспрессируют АПФ2 и теоретически могут инфицироваться.

Вывод. Циркулирующая и местная ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС; включая АПФ2) активируется при заболевании почек. В связи с этим в различных моделях экспериментальной

диабетической нефропатии уровень локального почечного АПФ2 повышен, в основном в тубулярных клетках, составляющих ~90% массы почек.

РАК РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

*Выполнила: Абдурахмонова Ж.Т., магистр 1 курса,
Научный руководитель: Султонкулова М.К., Мамарасулова Д.З.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Тема раковых заболеваний волнует в наше время многих. Кто-то слышит о росте числа заболевших и умерших от онкологии, у кого-то был свой печальный опыт столкновения со страшным недугом. Страх заболеть самому или видеть мучения близкого приводят к канцерофобии - настоящему психическому расстройству. При этом рак мерещится здоровому человеку при самом незначительном недомогании. С другой стороны, опасаясь услышать “приговор”, пациенты не идут обследоваться даже имея явные неблагоприятные симптомы. Не идут, тем более, на своевременный профилактический осмотр.

Гинекологическая помощь в настоящее время доступна каждой женщине. Но статистика неумолима: заболеваемость злокачественными опухолями репродуктивных органов растет! К сожалению, этот рост происходит не только в пожилом возрасте. Молодые, только вступающие в жизнь женщины, зачастую еще не познавшие счастья материнства, и - рак! Болезнь, несущая боль, страх, отчаяние. Врач - онколог с имеющимся у него арсеналом лечебных средств нередко подключается на той стадии, когда полное излечение уже невозможно.

Цель исследования. Оценка динамики онко-патологии малого таза у женщин в АООД в возрасте от 17 до 74 лет с верифицированным диагнозом за период 2020-2021гг.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе женской консультации АООД. Проанализировано 50 медицинских карт амбулаторных больных, 20 контрольных карт диспансерного наблюдения больных злокачественными новообразованиями.

Результаты исследования. При анализе медицинских карт амбулаторных больных и контрольных карт диспансерного наблюдения учитывалось количество пациентов по нозологическим формам, темпы роста онко-патологии, результаты проведенного лечения.

Из 10 выявленных больных с диагнозом рак *In situ* 7 пациенткам более молодого возраста была произведена диатермоконизация шейки матки с диагностическим выскабливанием цервикального канала в амбулаторных условиях. Трём пациенткам была произведена простая гистерэктомия с придатками. Рак шейки матки должен лечиться экономно. Мы не должны забывать, что гинекологический рак - это всегда ещё и нравственное страдание женщины. В подавляющем большинстве случаев при визуальном неизмененной шейке матки при первичном осмотре результаты цитологического исследования свидетельствуют о наличии той или иной патологии (например: дисплазии шейки матки).

За последние три года в онкологическом кабинете пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией с различной степенью тяжести амбулаторно пролечено 286 человек (диатермоконизация шейки матки с диагностическим выскабливанием цервикального канала). Эти пациентки состоят на диспансерном учёте два года, т.к. осложнения (если они возникают), как правило, проявляются на втором году после лечения. При лечении дисплазий мы проявляем онкологическую настороженность при определении длительности лечения и перехода к более радикальным методам. Из 286 женщин 9 пациенткам была произведена

Хирургический метод лечения традиционно является ведущим у пациенток с диагнозом рак тела матки. Стадия болезни в момент диагностики опухоли - самый важный прогностический фактор.

Вывод. В структуре онкопатологии малого таза преобладает рак тела матки и рак яичника. Основным путём снижения темпов роста числа онкологических заболеваний является применение мероприятий по первичной и вторичной профилактике рака. Диагностика ВПЧ - важнейший элемент скрининга и профилактики рака шейки матки.

ГРЕКО-ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ КАК ОСНОВА МЕДИЦИНСКОЙ ЛЕКСИКИ

*Абдурахманова Мадина Улугбековна - преподаватель кафедры узбекского языка и литературы
Андижанский государственный медицинский институт*

Греко-латинская терминология на сегодняшний день является основой медицинской лексики, успешно реализуя следующие функции:

1) играет роль системообразующего фактора, иными словами, именно термины греко-латинского происхождения составляют ядро, основу медицинской терминосистемы. Греко-латинская терминология

«является тезаурусом медицинской науки, т.е. включает в себя все основные понятия и термины медицины, без знания которых невозможно осмысленное усвоение специальных предметов медицины»;

2) обозначает базовые понятия лечебного дела, что обеспечивает оптимизацию взаимодействия, однозначность понимания содержания коммуникации.

Соответственно, на сегодняшний день медицинская терминосистема представляет собой одну из наиболее разработанных, направленных на повышение результативности, оптимизацию взаимодействия между медиками в профессиональной сфере.

Процессы познания себя и, как следствие, появления первых номинаций, понятий, так или иначе связанных со здоровьем человека, предположительно протекали аналогично в различных лингвокультурных моделях. Применительно к теме данного исследования особый интерес представляет появление, механизмы закрепления в речи терминов греко-латинского происхождения. По словам А. Н. Агафонова, В. А. Агафонова, латинский язык берет свое начало в глубокой древности от наречия латинов - народа, обитавшего в регионе Лация в центре Апеннинского полуострова. Появление архаичной латыни или древнелатинского языка относится к середине II тысячелетия до н. э. Классическая латынь как литературный язык древних потов и философов получила свое наибольшее развитие в конце I тысячелетия до н. э. и совпала с экспансией Рима, его превращением в крупнейшее государство Средиземноморья. Столкнувшись в процессе экспансии с Грецией, уровень просвещения и культуры которой намного превосходил римский, цивилизация Рима стала активно обогащаться трудами и концепциями эллинской науки, ее философии, религии и, безусловно, медицины. Слияние эллинского и римского начал привело к формированию двуязычной греко-латинской терминологии.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ МАКРО-МИКРОСКОПИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СТРУКТУР СЕРДЦА В ОНТОГЕНЕЗЕ

*Абдурашидов А.А. – студент 4 курса педиатрического факультета
Научный руководитель: Кадиров Ш.Н – к.м.н. кафедрой общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Выявить общие закономерности, локальные особенности макро-, микроскопического строения и изменений биомеханических свойств структур сердца в онтогенезе.

Сердце с давних времен привлекает внимание исследователей. Интерес к изучению его структуры и функции в норме и при патологических состояниях на современном этапе инициируется не только бурным развитием кардиологии, но и необходимостью раскрытия механизмов формообразовательных процессов в этом сложном (как по структуре, так и по функции) органе.

Материалы и методы исследования: Решение поставленных задач проводилось комплексом методов, включающих органомерический, физиологический, гистологический, морфометрический и статистический методы исследования. Определение веса, размеров, измерение внутримыокардиального давления проведено в сердцах от 60 трупов людей обоего пола поздних этапов пренатального и всех этапов постнатального онтогенеза. Гистологический и морфометрический методы исследования проведены на материале от 25 трупов людей различного пола и возраста. Для изучения перестройки макро-микроскопического строения ушек сердца в филогенезе использованы 15 сердец различных животных и 60 сердец людей зрелого возраста. Для выяснения функциональной роли ушек сердца из историй болезней 10 пациентов взяты результаты проведения чреспищеводной эхокардиографии.

Результаты исследования: На основании комплексного исследования (проведения органомерии, изучения биомеханических свойств структур стенки сердца путем измерения внутримыокардиального давления, статистической обработки полученных результатов) предложена возрастная периодизация развития сердца, характеризующаяся тем, что в постнатальном онтогенезе орган проходит четыре фазы развития: 1) интенсивного прироста массы и всех показателей макроразмеров, повышения внутримыокардиального давления (новорожденность и грудной возраст); 2) относительной стабилизации интенсивности изменений изучаемых показателей (раннее детство, первый и второй периоды детства, подростковый возраст); 3) окончательного формирования структур сердца, «созревания» миокарда, что приводит к максимальному повышению внутримыокардиального давления (юношеский, первый и второй периоды зрелого возраста); 4) инволютивных изменений (пожилой и старческий возраста), характеризующихся увеличением массы сердца, разрастанием соединительной ткани в миокарде, что усиливает его напряжение (увеличивается внутримыокардиальное давление) и приводит к ухудшению условий гемодинамики.

Проведен сравнительный морфологический анализ макро- и микроскопических характеристик ушек сердца у различных видов животных и человека и найдены прогрессирующие признаки их перестройки.

Выводы: 1. Для поздних этапов пренатального и всех этапов постнатального онтогенеза характерны определенные стромально-мышечные и сосудисто-тканевые отношения (то есть количественные показатели) не только отдельно в каждой оболочке, но и в стенке сердца в целом.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

2. Выявленные закономерности могут быть использованы в эволюционной морфологии научно-исследовательскими институтами, занимающимися проблемами онто-и филогенеза, а также в вузах медико-биологического профиля при изложении материалов по физиологии, гистологии, анатомии и биологии человека.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СТОПЫ ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАТЕЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

*Абдурашидов А.А. – студент 4 курса педиатрического факультета
Научный руководитель: Кадиров Ш.Н – к.м.н. кафедры общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

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.

Материалы и методы исследования: Результаты исследования будут полезны в учебном процессе на кафедрах анатомии человека и ОХТА.

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%).

Стопа девочек, нормостеников (группа контроля) характеризуется следующими параметрами: общая длина - $212,18 \pm 0,96$ мм, длина переднего — $83,24 \pm 0,72$ мм, среднего - $66,32 \pm 0,32$ мм и заднего — $63,6 \pm 0,4$ мм; отделов; ширина - $71,99 \pm 0,38$ мм; отношение длина - ширина - $2,96 \pm 0,01$, коэффициент К - $0,7 \pm 0,02$, опорная поверхность суммарная - $51,31 \pm 1,24$ см², ее переднего $22,18 \pm 0,58$ см², среднего - $16,33 \pm 0,71$ см² и; заднего - $12,88 \pm 0,37$ см² отделов, угол* 1 пальца; - $8,44 \pm 0,25^\circ$, V пальца - $8,75 \pm 0,27^\circ$, пяточный угол - $8,8 \pm 0,61^\circ$.

У девочек, гиперстеников по сравнению с контролем; стопа имеет большую длину (на 1,3%), ширину (на 5,8%), суммарную опорную , * ' . . - 1 > поверхность (на 11,1%).

У девочек-астеников стопы в большинстве случаев характеризуются меньшими показателями: длиной; на: 2,7%, - шириной! на: 4,5%, суммарной: площадью стопы на 16,1%.

Стопа мальчиков-нормостеников, (группа контроля) характеризуется следующими анатомическими параметрами: длина общая - $216,4 \pm 1,07$ мм и ее переднего - $84,04 \pm 0,45$ мм, среднего - $67,37 \pm 0,34$ мм, заднего ($64,87 \pm 0,37$ мм) отделов, ширина - $74,05 \pm 0,38$ мм, отношение длина - ширина - $2,93 \pm 0,01$, коэффициент К - $0,69 \pm 0,01$, опорная, поверхность суммарная: - $49,43 \pm 1,14$ см², ее переднего - $21,64 \pm 0,53$ см², среднего - $14,89 \pm 0,67$ см² и заднего $12,97 \pm 0,34$ см² отделов; углы 1 - $7,53 \pm 0,24^\circ$, V - $8,23 \pm 0,26^\circ$ пальцев! и пяточный угол - $8,67 \pm 0,24^\circ$.

У мальчиков с гиперстеническим телосложением параметры! стопы: общая длина (на 2,3%), длина среднего (на 3,2%), заднего (на 2,5%) отделов, ширина (на 6,8%), опорная поверхность всей стопы (на 23,5%) и ее отделов, углы I (на: 9,4%) и V (на 14,6%) пальцев, имели большие значения по сравнению с группой контроля.

У мальчиков-астеников: второго периода детства параметры стопы меньше; контрольных значений: длина на 0,8%, - длина переднего отдела на 1,8%, длина среднего отдела на 0,5%, суммарная площадь опоры, на 8,4%, угол 1 пальца на 14,7%.

Вывод: Тип телосложения, возраст и пол в постнатальном онтогенезе определяют форму и структуру стопы, ее морфологические характеристики, закономерности изменения линейных показателей (длины всей стопы, ее отделов и ширины), физиологические свойства и особенности реакции на физические нагрузки.

ПРИНЦИПЫ НЕФРОГЕНЕЗА ПОЧКИ ПРИ РОЖДЕНИИ В ПРОЦЕССЕ ОНТОГЕНЕЗА

*Абдурашидов А.А. – студент 4 курса педиатрического факультета
Научный руководитель: Кадиров Ш.Н – к.м.н. кафедрой общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Определить закономерности нефрогенеза в процессе формирования окончательной почки человека во внутриутробном развитии с позиции реализации принципа провизорности.

Материалы и методы исследования: Процесс формирования окончательной почки человека во внутриутробном развитии характеризуется установлением закономерных интегративных отношений морфометрических показателей ее структур, определяющих возрастные параметры органа.

Результаты исследования: В процессе внутриутробного развития человека выделяются периоды органогенеза окончательной почки: - от 4,5 до 8,5 недель - зачатковый период (взаимодействие дивертикула с метанефрогенной тканью, выделение коркового и мозгового вещества, начало выделения долей почки, формирование чашечно-лоханочной системы и зачатков нефронов, функциональная дифференцировка провизорной генерации нефронов); - от 9 до 12 недель — период раннего органогенеза почки (формирование почечных долей с образованием пирамид и выделением малых чашечек, формирование внутривисцеральной системы мочевыводящих путей и дифференцировка эпителиальной выстилки, анатомическая перестройка коркового и мозгового вещества с появлением почечных столбов, формирование первых конусоподобных пучков мозгового вещества и образование первых дефинитивных нефронов); - от 12 недель — дефинитивный период органогенеза почки (формирование генераций нефронов и дифференцировка коркового вещества, выделение наружной и внутренней зоны мозгового вещества и формирование элементов противоточно-множительной системы концентрационного механизма).

От 5 до 9 недель развития определяется этапность деления производных дивертикула вольфова протока и изменения объема метанефрогенной ткани, при этом этапы активного деления канальцев дивертикула с 5 до 5,5 и с 6,5 до 7,5 недель сопровождаются нарастанием доли метанефрогенной ткани, а периоды их роста с 5,5 до 6,5 и с 7,5 до 9 недель на фоне замедления процессов деления сопровождаются относительным снижением доли метанефрогенной ткани за счет преимущественного формирования зачатков нефронов.

Вывод: Закладка и формирование окончательной почки происходит в результате взаимодействия дивертикула метанефрогенного протока и его производных с каудальными несегментированными отделами промежуточной мезодермы. В процессе формирования первичных шарообразных зачатков и дифференцировки S-образных зачатков нефронов определяется два периода взаимодействия: - первый (индуктивный) - установление межклеточного контакта боковых стенок пузырька и собирательной трубочки; - второй (морфогенетический) - установление взаимодействия канальцевой части S-образного зачатка с конечным отделом ветвления дивертикула.

АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАКЦИИ СОСУДИСТОГО РУСЛА В НЕСВОБОДНОМ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНОМ ЛОСКУТЕ ПОСЛЕ ЕГО ПЕРЕСАДКИ

*Абдурашидов А.А. – студент 4 курса педиатрического факультета
Научный руководитель: Кадиров Ш.Н – к.м.н. кафедрой общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Изучить сосудисто-тканевые реакции в несвободном лоскуте при различных способах обработки сосудистой ножки.

Материалы и методы исследования: Полученные новые данные об адаптивно-интегративных процессах в несвободном лоскуте после его пересадки будут иметь важное теоретическое и практическое значение в разработке новых подходов к проблеме аутотрансплантации и комплексов тканей.

Результаты исследования: 1. Сосудисто-тканевые реакции в процессе адаптации и интеграции несвободного аксиального пахового лоскута протекают по определенным закономерностям в 3 периода: I - период острых сосудистых нарушений и травматического воспаления (1-7-е сутки); II - период образования сосудистых связей и пролиферации (5 - 14-е сутки); III - период окончательной перестройки сосудистого русла и реорганизации несвободного пахового лоскута (с 14-х суток).

Выполнение периапериартеральной симпатэктомии вызывает длительную вазодилатацию сосудов (90 - 180-е сут), повышает численную плотность артерий и достоверно увеличивает вероятность возникновения осложнений (длительный отек лоскута и некроз).

Перивенозная симпатэктомия является причиной длительной вазодилатации, которая сохраняется до отдаленных сроков (90-е и 180-е сут) и вызывает процесс редуцирования сосудистого русла. При этом достоверно увеличивается частота осложнений (венозный тромбоз, цианоз и длительный отек лоскута).

Комбинированная симпатэктомия сосудистой ножки лоскута приводит к длительной вазодилатации (до 30-х сут), снижению численной плотности сосудов, а также увеличению частоты осложнений на ранних сроках (венозный тромбоз, цианоз и длительный отек лоскута).

Выводы: 1. На основании полученных данных выполнение симпат-эктомии сосудистой ножки лоскута крайне нежелательно. При наличии острой необходимости ее выполнения, целесообразно ограничиться периапериартеральной симпатэктомией, учитывая минимальное количество осложнений, возникающих после нее.

2. В послеоперационном периоде следует обращать особое внимание на продолжительность отека лоскута, поскольку его длительность может стать патогенетическим звеном неблагоприятного исхода приживления и увеличивает риск инфекционных осложнений.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Абдурашидов А.А. – студент 4 курса педиатрического факультета
Научный руководитель: Кадиров Ш.Н – к.м.н. кафедрой общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-морфологических особенностей строения желчного пузыря и желчных протоков; их топографии, вариантной анатомии у новорожденных, детей и подростков.

Материалы и методы исследования: Метод ультразвукового исследования желчной системы позволяет получить данные, характеризующие анатомическую изменчивость желчного пузыря, внепеченочных желчных протоков и дополнить представления классической анатомии. В процессе роста ребенка изменяется форма желчного пузыря, его длина, ширина и толщина стенки.

Результаты исследования: У новорожденных детей преобладающей формой печени является продолговатая (55%). В грудном возрасте орган приобретает овальную форму (55,55%). Начиная с периода раннего детства превалирует треугольная форма печени (от 50% у детей первого детского возраста до 76,2% у подростков).

У новорожденных детей преобладают размеры левой доли печени. В процессе роста ребенка соотношения параметров долей печени изменяются в сторону абсолютного и относительного увеличения правой доли. Рост печени происходит наиболее интенсивно в первые 3 года жизни ребенка. Второй период активного увеличения размеров органа наблюдается в возрасте от 9 до 12 лет, что совпадает с периодами интенсивного развития всего организма.

Установлена зависимость формы ворот печени от возраста ребенка. У новорожденных и детей до 4-х лет преобладает закрытая форма ворот с их дорсальным смещением. Открытая форма ворот печени и их срединное положение преобладает у детей, начиная с 4-х летнего возраста.

У детей всех возрастных групп и подростков формирование общего печеночного протока вариабельно; в его образовании принимают участие от 2 до 5 внутрипеченочных протоков, при этом количество протоков, идущих от правой доли печени преобладает.

У новорожденных и грудных детей, а также в периоде раннего детского возраста желчный пузырь проецируется на переднюю брюшную стенку более латерально от среднеключичной линии, чем у взрослых. У детей, начиная с периода первого детства, проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку соответствует таковой у взрослых.

У новорожденных детей отношение ширины желчного пузыря в области его тела к длине составляет 1:4. У детей в периоде раннего детского возраста это соотношение становится 1:3 и в дальнейшем не изменяется при постепенном увеличении абсолютных показателей. Наименьшие возрастные изменения размеров происходят в области шейки желчного пузыря.

Вывод: У детей всех возрастных групп и подростков при ультразвуковом исследовании выявлено, что толщина стенки желчного пузыря не превышает 3 мм. Однако отмечено изменение соотношения толщины его оболочек: начиная с периода первого детства происходит постепенное истончение слизистой оболочки и подслизистой основы с одновременным утолщением мышечной оболочки.

МИКРОАНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАКЦИИ СОСУДИСТОГО РУСЛА В НЕСВОБОДНОМ КОЖНО-ФАЦИАЛЬНОМ ПАХОВОМ ЛОСКУТЕ ПОСЛЕ ЕГО ПЕРЕСАДКИ

*Абдурашидов А.А. – студент 4 курса педиатрического факультета
Научный руководитель: Кадиров Ш.Н – к.м.н. кафедрой общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Изучить сосудисто-тканевые реакции в несвободном паховом лоскуте при различных способах обработки сосудистой ножки.

Материалы и методы исследования: Полученные новые данные об адаптивно-интегративных процессах в несвободном паховом кожно-фасциальном лоскуте после его пересадки будут иметь важное теоретическое и практическое значение в разработке новых подходов к проблеме аутотрансплантации и комплексов тканей.

Результаты исследования: 1. Сосудисто-тканевые реакции в процессе адаптации и интеграции несвободного аксиального пахового лоскута протекают по определенным закономерностям в 3 периода: I - период острых сосудистых нарушений и травматического воспаления (1-7-е сутки); II - период образования сосудистых связей и пролиферации (5 - 14-е сутки); III - период окончательной перестройки сосудистого русла и реорганизации несвободного пахового лоскута (с 14-х суток).

Выполнение периапериартериальной симпатэктомии вызывает длительную вазодилатацию сосудов (90 - 180-е сут), повышает численную плотность артерий и достоверно увеличивает вероятность возникновения осложнений (длительный отек лоскута и некроз).

Перивенозная симпатэктомия является причиной длительной вазодилатации, которая сохраняется до отдаленных сроков (90-е и 180-е сут) и вызывает процесс редуцирования сосудистого русла. При этом достоверно увеличивается частота осложнений (венозный тромбоз, цианоз и длительный отек лоскута).

Комбинированная симпатэктомия сосудистой ножки лоскута приводит к длительной вазодилатации (до 30-х сут), снижению численной плотности сосудов, а также увеличению частоты осложнений на ранних сроках (венозный тромбоз, цианоз и длительный отек лоскута).

Выводы: 1. На основании полученных данных выполнение симпат-эктомии сосудистой ножки лоскута крайне нежелательно. При наличии острой необходимости ее выполнения, целесообразно ограничиться периапериартериальной симпатэктомией, учитывая минимальное количество осложнений, возникающих после нее.

2. В послеоперационном периоде следует обращать особое внимание на продолжительность отека лоскута, поскольку его длительность может стать патогенетическим звеном неблагоприятного исхода приживления и увеличивает риск инфекционных осложнений.

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Абдурашидов У., студент 205- группы стоматологического факультета
Научный руководитель: Садикова И.Я.
Факультет стоматологии и профилактики стоматологических болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последнее десятилетие внимание стоматологов привлечено к увеличению распространенности кариеса среди детей раннего возраста. Основными факторами риска кариеса зубов у детей является раннее инфицирование кариесогенными микроорганизмами, плохая гигиена полости рта, ночное кормление сахаросодержащими жидкостями и дефекты развития эмали зубов.

Один из краеугольных камней профилактики стоматологических заболеваний - гигиена полости рта. Наиболее эффективной и реально осуществимой стратегией борьбы с кариесом у детей раннего возраста является внедрение здоровых привычек гигиены полости рта и пропаганда методов ухода за зубами в домашних условиях. Отсутствие специальных предметов и средств гигиены для маленьких детей в прежние времена не позволяло говорить о проведении чистки зубов детям до двух лет.

Цель исследования. Оптимизация выбора средств гигиены полости рта для повышения эффективности профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. В связи с этим в детском стоматологическом отделении г. Андижана, было проведено анонимное анкетирование обратившихся 250 детей в возрасте 12 лет (мальчиков – 119, девочек – 131), для установления факторов, снижающих эффективность ИГР.

Результаты исследования. Полученные нами данные показали, что 75,6% опрошенных меняют зубную щетку 1 раз в 2-3 месяца, у 24,4% детей смена зубной щетки происходит 1 раз в полгода. Оказалось, что и здесь девочки чаще меняют зубную щетку, чем мальчики ($p < 0,05$). Регулярно используют зубочистки - 11,6%, время от времени – 60,8%, вовсе не используют – 27,6%. Постоянно используют флоссы только 7,2% детей, причем девочек и здесь оказалось больше ($p < 0,01$); непостоянно, но все же пользуются зубной

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

нитью – 57,2%, не считают нужным использовать – 35,6%, среди которых в большинстве оказались мальчики ($p<0,05$).

Жевательной резинке отдают предпочтение 48,8% анкетированных, время от времени ее используют – 8,4%, не используют – 42,8%. В последнем случае преобладают девочки ($p<0,05$). Из 143 детей, использующих жевательную резинку, 42,0% употребляют ее в течение 10-15 минут после еды, более 15 мин – 36,4% и 21,6% – в течение всего дня. Отметим, что и среди употребляющих жевательную резинку правильно преобладают девочки ($p<0,01$).

Регулярное посещение врача-стоматолога также представляется нам важным элементом на пути оздоровления нации. Человек не может считаться культурным, если он не заботится о собственном здоровье, и в первую очередь о состоянии ротовой полости. Нам удалось выяснить, что 2 раза в год посещают стоматолога 39,6% детей. При этом среди них преобладают девочки ($p<0,01$), в то время как среди 59,6% детей, посещающих стоматолога 1 раз в год, большая часть оказались мальчики ($p<0,01$). Совсем не посещают стоматолога 1,7% (2 мальчика).

72,2% детей утверждали, что во время посещения стоматолога с ними была проведена беседа о правилах ИГР, в то время как 27,8% опрошенных детей подчеркнули, что подобная беседа с ними не проводилась.

В вопросе личной гигиены не стоит недооценивать роль взрослых, их влияние на формирование у детей соответствующих навыков. Так, 73,2 % детей подтвердили отсутствие контроля проведения ИГР со стороны родителей. Выражение протеста на авторитарные требования старших отмечено у 26,4% детей, причем достоверно выше у мальчиков ($p<0,001$).

Нам представляется необходимым акцентировать факт того, что более низкие показатели использования предметов и средств гигиены рта и факторов, влияющих на уровень ИГР, отмечены среди мальчиков, в сравнении с девочками. Можно предположить, что этот показатель может быть связан с протестным восприятием и отношением к тотальному контролю со стороны старших (в среде мальчиков – 46,7% и 7% среди девочек).

Осведомленность родителей в вопросах индивидуальной гигиены рта оказалась удовлетворительной, так как большая часть респондентов дала правильные ответы на вопросы, за исключением пунктов использования жевательной резинки. Оставляет желать лучшего положение дел с жевательной нагрузкой детей.

Вывод. Ведущие мировые стоматологические и педиатрические ассоциации склоняются к необходимости и целесообразности раннего использования домашних фторсодержащих зубных паст. При двукратном применении фторсодержащей зубной пасты с низкой концентрацией фторида (500 ppm) возможно поступление фторида в организм детей не превышает суточной фторнагрузки при использовании количества пасты, не превышает «мазка» для детей до 2 лет и «горошины» для детей от 2 до 6 лет.

Детские стоматологи должны уделять особое внимание санитарно-просветительной работе среди молодых родителей по вопросам применения зубных паст у детей (количество выдавливаемой пасты, частота применения, концентрация фторида). При использовании фторсодержащих зубных паст с соблюдением всех правил может быть достигнута максимальная польза профилактики кариеса, а риск флюороза может быть сведен к минимуму.

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Выполнил: Абдурашидов У, студент 205 группы стоматологического факультета

Научный руководитель: Садикова И.Я.

*Факультет стоматологии и пропедевтика стоматологических болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Тема профилактики стоматологических заболеваний очень актуальна, поскольку результаты многочисленных исследований показывают, что интенсивность основных стоматологических заболеваний (кариеса зубов и болезни пародонта) среди нашего населения достаточно высока. Так, у трехлетних детей интенсивность кариеса временных зубов составляет в среднем 3,7, то есть у каждого трехлетнего ребенка почти 4 зуба поражены кариесом.

В дальнейшем, с возрастом, наблюдается значительное нарастание активности кариеса. К 15 годам среднее количество пораженных зубов среди подростков достигает 8,0. У взрослого населения поражаемость зубов кариесом достигает 100%.

Цель исследования. Целью исследования является разработка системы мероприятий по снижению распространенности кариеса среди различных групп населения на основе комплексного гигиенического подхода, включающего оптимизацию фактического питания, применение фторсодержащих зубных паст и реализацию информационно-образовательных программ.

Материалы и методы исследования. Определение уровня сформированности гигиенических навыков по уходу за полостью рта у детей дошкольного возраста осуществлялось путем изучения навыков

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

по уходу за полостью рта и рассказов детей, наблюдением за выполнением элементов гигиены в повседневной жизни и хронометрирования времени чистки зубов. Были разработаны критерии оценки степени сформированности навыков по уходу за полостью рта у детей дошкольного возраста. Наблюдения фиксировались в специально разработанной карте. Проведено - пять наблюдений: до, через 6 месяцев, 1, 1,5 и 2 года.

Для изучения информированности детей по вопросам гигиены нами совместно с доцентом кафедры педагогики и психологии детства ОмГПУ к.п.н. Тельновой Ж.Н. была составлена специальная анкета-беседа для детей дошкольного возраста: «Анкета-беседа для детей дошкольного возраста».

Результаты исследования. В структуре фактического питания организованных коллективов детей дошкольного возраста и подростков отмечается недостаточное потребление продуктов с высоким естественным содержанием фтора и кальция: молока, творога, сметаны, сыра, рыбы. Дефицит поступления кальция достигает 58%, фтора - 45%.

Территория Андижанской области характеризуется выраженным недостатком содержания фтора в питьевой воде (0,25-0,37 мг/дм³) и воде поверхностных водоемов (0,28-0,50 мг/дм³).

Установлены региональные особенности стоматологического статуса отдельных возрастных групп населения: выявлено до 75,1% учащихся с компенсированной формой кариеса, до 24,6% с субкомпенсированной, до 9,9% с декомпенсированной формой; интенсивность кариеса (КПУ) у детей 6 лет составляет 4,32 - 6,69; 12 лет - 2,66 - 4,22.

Для увеличения поступления фтора в организм до рекомендуемого возрастного диапазона обосновано использование фторированного молока в питании детских и подростковых организованных коллективов (по 200 мл ежедневно с безопасной концентрацией фторида 2,5 мг/л).

Анализ минералогического состава зубов детей организованных коллективов, регулярно в течение трехлетнего периода употребляющих фторированное молоко, свидетельствует о достоверном повышении ($P < 0.05$) содержания фтора в эмали интактных зубов детей профилактической группы до $0,104 \pm 0,0022$ %, по сравнению с контрольной группой ($0,061 \pm 0,0022$ %); коэффициент, отражающий соотношение кальция и фосфора в эмали и характеризующий процессы реминерализации над деминерализацией, составляет для интактных зубов в профилактической группе - 1,827, в контрольной - 2,029; для кариозных - 1,822 и 2,022 соответственно.

Основой разработанной системы профилактических мероприятий по оптимизации стоматологического статуса является комплексный подход, включающий обеспечение сбалансированного питания в организованных коллективах детей дошкольного возраста и подростков, применение фторсодержащих зубных паст, в сочетании с целенаправленной информационно-образовательной работой среди детей и родителей, а также совершенствование организации и проведения профилактических стоматологических осмотров.

Вывод. Вышеуказанные правила не представляют сложности в исполнении и не требуют материальных затрат, в связи с чем оптимальны для профилактики стоматологических заболеваний в любом возрасте.

Таким образом, рациональное питание как мощное и эффективное средство профилактического воздействия на органы и ткани полости рта путем влияния на их устойчивость, тренировку жевательного аппарата и повышение самоочищающей способности зубов и мягких тканей должно быть неотъемлемым компонентом образа жизни любого здравомыслящего человека.

В дальнейшем мы можем влиять на качественный и количественный состав эмали лишь незначительно. Поэтому в данный возрастной период важно создать оптимальные условия для правильного формирования.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Выполнил: Абдумажидов А.Г, студент 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Каримов А.Х.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В современном понимании эпилепсия – это хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся постоянной предрасположенностью к генерации приступов и их нейробиологическим, когнитивным, психологическим и социальным последствиям.

Женщина и эпилепсия – это особенный аспект проблемы, поскольку в биологическом плане организм чрезвычайно сложен, а эпилептические приступы и длительный прием противоэпилептических препаратов (ПЭП) могут приводить к нарушениям в репродуктивной сфере женщины.

Цель исследования. Изучить длительность течения и характер эпилепсии, количество, продолжительность приступов во время беременности, вид противоэпилептической терапии, исход беременности, сроки и метод родоразрешения, состояние новорожденных при рождении.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материалы и методы исследования. За период с 2017 по 2020 гг. в условиях перинатального центра г. Андижана, проводилось наблюдение и родоразрешение 159 беременных с эпилепсией. В ходе исследования использовались общеклинические, ультразвуковые и лабораторные методы диагностики.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных нами пациенток составил 28 (17–41) лет. У 73 (45,9%) из них роды были первыми. Пожилых первородящих было 12 (7,5%). Наиболее частыми причинами госпитализаций явились фетоплацентарная недостаточность (13%) и угроза прерывания беременности в различные сроки гестации (28%), однако под грифом «угроза прерывания беременности» в большинстве наблюдений (около 30%) беременные госпитализировались в стационар после развития судорожного приступа. Отеки, обусловленные беременностью, развились у 42 (26,9%) беременных. У 3 пациенток (1,9%) беременность осложнилась умеренной преэклампсией.

Результаты собственных исследований свидетельствуют, что срочные самопроизвольные роды произошли у 128 беременных (80,5%), из них в одном наблюдении у беременной с двойней, в другом – у беременной с рубцом на матке после кесарева сечения в анамнезе по поводу эпилепсии. Вакуум экстракция плода произведена у 3 беременных. Кесарево сечение произведено 27 (17%) пациенткам, из них лишь у 3 эпилепсия явилась основным показанием к оперативному родоразрешению.

Проведенный анализ клинического состояния новорожденных показал, что дети родились с весом от 2100 до 4250 гр. Частота рождения новорожденных со ЗВУР I–II степени составили 20%. В удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8 на первой минуте родились 85% новорожденных, в состоянии асфиксии средней степени тяжести (оценка по шкале Апгар на первой минуте 5–6 баллов) родились трое детей. На 5 минуте оценка состояния по шкале Апгар у всех детей составила 8 и 9 баллов.

Послеродовой период для женщин, страдающих эпилепсией, является уязвимым в связи с изменением фармакокинетики ПЭП, нарушением качества и продолжительности ночного сна, проблемами грудного вскармливания и послеродовой депрессией, что приводит к учащению эпилептических приступов. Женщины с эпилепсией, принимающие ПЭП, могут кормить грудью, однако часть женщин отказываются от грудного вскармливания, опасаясь негативного влияния ПЭП на ребенка.

К настоящему времени убедительно показано, что через грудное молоко ребенок получает меньшее количество ПЭП, чем через плаценту во время своего внутриутробного развития.

Организация режима сна и бодрствования, избегание сокращения продолжительности ночного сна являются важными шагами для предотвращения эпилептических приступов. Уход за ребенком в ночное время, включая его кормление, могут осуществлять родственники пациентки. Для профилактики травм младенца при возникновении эпилептических приступов в послеродовом периоде кормление ребенка в течение первых двух недель после родоразрешения рекомендуется осуществлять в положении матери лежа или сидя.

У всех родильниц было неосложненное течение послеродового периода, выписаны домой в удовлетворительном состоянии, грудное вскармливание проводилось в 98,5% наблюдений (у 157 женщин), 2 родильницы с сохраняющимися судорожными приступами на политерапии подавили лактацию по собственному желанию.

Выводы. Таким образом, изложенные выше данные указывают на необходимость приема АЭП в период беременности, однако единого мнения в отношении безопасности определенного вида антиконвульсантов нет. Потенциально тератогенен любой из них.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Выполнил: Абдумажидов А.Г, студент 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Азимова Г.А.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Тревожные расстройства относят к наиболее распространенным проблемам психического здоровья в мире. Кроме того, среди всех медицинских проблем тревога также занимает лидирующие позиции по распространенности. В рамках эпидемиологических исследований принято говорить о двух вариантах распространенности любого состояния — годичная, то есть оценка этого показателя в небольшом временном срезе (12-month prevalence), и пожизненная — доля людей, которые хотя бы однажды испытывали это состояние. Что касается всей группы тревожных расстройств, то, по данным исследований, 12-месячная распространенность составляет >15%, а на протяжении жизни — >20%.

Цель исследования. Целью работы являлась разработка принципов и алгоритмов психотерапевтического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) на основе доказательных исследований.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось 115 пациентам, которые были распределены на 3 группы. I группа – 27 пациентов с паническим расстройством (ПР) (эпизодическая

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

пароксизмальная тревога (f41.0). II группа – 21 пациент с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) (f41.1). III группа – 67 пациентов со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР) (f41.2).

Результаты исследования. Данные обследования стали основой в разработке концептуального подхода и построения патогенетически обоснованной системы психотерапии пациентов с тревожными расстройствами невротического регистра с учетом эмоциональных и личностно-типологических особенностей. Принципами проведения психотерапии были:

1. Партнерство психотерапевта и пациента.
2. Этапность воздействий и усложнение применяемых методик.
3. Аппеляция к положительным чертам личности.
4. Применение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), как базовой.
5. Обучение навыкам ауторегуляции эмоций отрицательного спектра: тревоги, депрессии.
6. Коррекция социальных установок.
7. Обучение рациональным копинг-стратегиям. Основным методом психотерапевтической коррекции нарушений эмоциональной сферы в виде фобически-депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств была когнитивно-бихевиоральная терапия по А. Беку.

Групповая психотерапия применялась для формирования социальных установок и рациональных копинг-стратегий. Она сочеталась с элементами рациональной, суггестивной и семейной психотерапии. Система психотерапии реализовывалась в 4 этапа.

I этап «Оценка психоэмоционального состояния» – начинался с момента поступления больного в стационар и был направлен на определение состояния эмоциональной сферы и мишеней психокоррекции (1 сессия).

II этап «Формирование комплаенса» – включал в себя мероприятия по формированию комплаенса, первичного установления психологического контакта и формирования положительной мотивации к лечению (2 сессии).

III этап «Психотерапия и психокоррекция» – включал индивидуальную и групповую психотерапию, направленные на формирование активной жизненной стратегии, изменение самовосприятия путем осознания смысла жизни и его качества, наличия важной стратегической цели (10 сессий).

IV этап «Суппортивное психологическое сопровождение» – включал 4 сеанса индивидуальной психотерапии с элементами семейной психокоррекции.

Оценка эффективности проведенной системы показала следующее. У больных всех 3-х групп произошла положительная клиническая динамика. Уменьшились субъективные переживания тревожного спектра и соматовегетативная симптоматика.

По данным патофизиологического исследования наиболее положительная динамика была достигнута по показателям реактивной тревоги во всех 3-х группах больных. В целом значительное улучшение было достигнуто у 72% больных I группы, у 68% больных II группы и у 78% больных III группы.

Вывод. Таким образом, выбор в пользу того или иного лекарственного средства при лечении тревожных расстройств должен осуществляться на основе доказательной медицины с учетом эффективности и переносимости препарата, наличия сопутствующей патологии и индивидуальных особенностей пациента.

Также к медикаментозным средствам следует обязательно добавлять психологические методы лечения, это не только будет способствовать снижению интенсивности симптомов расстройства, но и улучшит качество жизни, социальное и трудовое функционирование и комплаенс пациента.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

*Выполнил: Абдурашидов З, студент 205 группы стоматологического факультета
Научный руководитель: Расулова М.М., Кафедра госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В современной литературе имеется множество данных о взаимосвязи таких заболеваний, как сахарный диабет, острый лейкоз, хроническая почечная недостаточность и многих других со стоматологическим здоровьем человека.

Частота поражения слизистой оболочки рта у больных острым лейкозом составляет от 25 до 91%. Для пациентов с острым лейкозом характерны анемический, геморрагический, язвенно-некротический и гиперпластический синдромы в полости рта.

Нередко проявления острых лейкозов в полости рта маскируются развитием одонтогенных воспалительных процессов, таких как острые и обострившиеся хронические периодонтиты, острые периоститы, абсцессы и флегмоны. Кроме того, острые лейкозы имеют схожие проявления с другими общесоматическими патологиями, усугубляющимися присоединением некротических, язвенных процессов (анемии, тромбоцитопении, ВИЧ-инфекции и др.).

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Однако, к сожалению, врачи-стоматологи недооценивают влияние общесоматических заболеваний на состояние в полости рта.

Цель исследования. Целью настоящей работы является изучение состояния микрофлоры полости рта больных злокачественными неходжкинскими лимфомами.

Материал и методы исследования. Для изучения поставленной цели нами было проведено исследование микрофлоры полости рта у 34 больных злокачественными лимфомами. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Результаты исследования. У больных злокачественными неходжкинскими лимфомами было выявлено 13 видов микроорганизмов: 3 - сем. Micrococcaceae, 4 - сем. Streptococcaceae и отдельные представители родов Neisseria, Corynebacterium, Peptostreptococcus, Bacteroides, Leptotrichia, Candida.

Представители сем. Micrococcaceae были выделены в 47,8 % случаев, что на 11,1 % выше, чем у лиц контрольной группы. Бактерии сем. Streptococcaceae выделялись реже, чем в контроле на 11,2 %, что составило 68,8 %. Титры выделения - 102 - 105. Отмечалось снижение выделения грам-отрицательной анаэробной флоры на 13,8 % (19,5 % случаев), титр 103. Частота выделения грам-положительной анаэробной флоры была снижена незначительно и составила 12,5 %. Грибы рода Candida высевались часто - в 38 % наблюдений в титре 101. Представителей рода Enterobacteriaceae отмечено не было.

Вывод. Таким образом, можно отметить, что у больных злокачественными неходжкинскими лимфомами отмечалось повышение высеваемости представителей сем. Micrococcaceae и грибов рода Candida, снижение процента наблюдения бактерий сем. Streptococcaceae и грам-положительной анаэробной флоры. Проведенные нами исследования позволяют говорить о том, что микрофлора больных злокачественными неходжкинскими лимфомами претерпевает критические изменения с развитием дисбактериоза. Это происходит за счет уменьшения или полного исчезновения нормальных симбионтов ротовой полости, экологическая ниша которых заселялась представителями условно-патогенной микрофлоры.

ГЕМОКОАГУЛЯЦИОННЫЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

*Выполнил: Абдусаматова Н, студент 324 группы лечебного факультета,
Научный руководитель: Гафурова Л.М., Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время известно, что моноклональные иммуноглобулины, циркулируя в кровеносном русле, создают предпосылки для развития нарушений в разных органах и системах, в том числе в системе гемостаза. Так тромбоциты могут быть выключены из процесса свертывания крови, вследствие «окутывания» их парапротеином. Кроме того, моноклональный белок может образовывать комплексы с различными факторами свертывания крови, препятствуя, таким образом, их участию в процессе гемостаза, с чем связывают развитие геморрагических осложнений у ряда пациентов с ММ. Кроме того, было показано, что диспротеинемия и высокое значение коллоидно-осмотического давления плазмы ведут к агрегации всех форменных элементов крови, их сладжу и разрушению с последующим высвобождением в кровеносное русло факторов, активирующих ферментативный каскад свертывания.

Цель исследования. Изучить особенности нарушений в системе гемостаза у больных множественной миеломой в различные периоды заболевания.

Материалы и методы исследования. В ходе данной работы было обследовано 104 больных, находящихся на лечении в клинике АГМИ 25 пациентов в возрасте от 51 до 78 лет с впервые выявленной ММ, 29 больных, ответивших на терапию в возрасте от 33 до 73 лет и 50 больных, не ответивших на терапию в возрасте от 40 до 81 года. Контрольную группу составили 94, сопоставимых по полу и возрасту практически здоровых лиц.

Результаты исследования. В соответствии с поставленными задачами, мы, прежде всего, оценили состояние тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза у пациентов с впервые выявленной ММ до начала проведения противомиеломной терапии.

В ходе исследования больных в дебюте заболевания установлено статистически значимое по сравнению с нормой повышение активности фактора VIII (220% против 104%, $p < 0,05$), активности и уровня фактора Виллебранда (200% против 97%; 154% против 107% соответственно), концентрации фибриногена (3,19 г/л против 2,52 г/л). По мнению ряда исследователей, повышение указанных коагуляционных параметров свидетельствует об активности процесса ангиогенеза в костном мозге, свойственного больным ММ (Minnema M.C., 2003). Известно, что развитию гиперкоагуляционных изменений способствует угнетение фибринолитической активности крови, которое у больных опухолевыми заболеваниями связывают с повышенной экспрессией ингибиторов фибринолиза (PAI-1, PAI-2, u-PAR) под влиянием провоспалительных цитокинов, выделяемых опухолью. Результаты нашего исследования, основанные на значимом удлинении времени Хагеман-зависимого лизиса эуглобулиновой фракции плазмы, подтверждают наличие угнетения фибринолиза у пациентов с впервые выявленной ММ.

У пациентов обследованной группы отмечалась также выраженная активация кровяных пластинок. Достоверно, по сравнению с нормой, у больных была повышена сумма активных форм тромбоцитов (32,8 против 25,5, $p < 0,05$) и число тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты (10,1 против 7,0, $p < 0,05$). Это согласуется с выявленными у них признаками гиперкоагуляции, для которой, как известно, характерно усиление генерации тромбина -наиболее сильного индуктора тромбоцитарных реакций. Полученные нами данные в ходе изучения особенностей тромбоцитарного звена системы гемостаза у больных ММ практически совпадают с результатами других исследователей, отметивших усиление внутрисосудистой активации тромбоцитов под влиянием синтезируемых патологических парапротеинов. Наряду с вышеприведенными исследованиями у пациентов с впервые выявленной ММ до начала терапии была проведена оценка активности естественных антикоагулянтов. Ни в целом по группе, ни по отдельности у больных не выявлено снижения активности антитромбина. Медиана активности другой группы естественных антикоагулянтов - протеинов С и S в целом по группе также не выходила за пределы нормальных колебаний и составляла 76,7% и 75,7% соответственно при принятой нижней границе нормы 65%. Однако индивидуальный анализ результатов исследования выявил снижение активности протеинов С и S у трети больных (в 31% случаев для протеина Сив 27% - для протеина S).

Учитывая, что тромботические осложнения наиболее характерны для пациентов с впервые выявленным онкологическим заболеванием, в том числе ММ, нам представлялось важным оценить не только отдельные составляющие системы протеина С (протеины С и S), но и ее функционирование в целом. С этой целью мы использовали тест генерации тромбина в постановке с тромбомодулином, и на основании степени снижения показателей ЕТР и Реак оценили общий вклад системы протеина С в угнетение генерации тромбина. У пациентов исследуемой группы установлено статистически значимое снижение степени угнетения показателей ЕТР и Реак на 53% и 44% против 67,8% и 59,7% ($p < 0,05$) соответственно в контрольной группе. Полученные данные свидетельствуют об угнетении функционирования данной системы антикоагулянтной защиты у пациентов исследованной группы. Причиной подобного нарушения могут быть как снижение активности отдельных антикоагулянтов - протеинов С и S, так и наличие резистентности к активированному протеину С врожденного и/или приобретенного характера.

Таким образом, в целом по группе у больных с впервые выявленной ММ до начала лечения имелись явные признаки гиперкоагуляции, которые, с одной стороны, проявлялись активацией кровяных пластинок, увеличением активности прокоагулянтов, а с другой - угнетением фибринолиза и антикоагулянтной системы протеина С.

Вывод. Пациенты без тромботических эпизодов в прошлом наиболее подвержены развитию гиперкоагуляции, особенно в начале индукционной терапии и в период ответа, и, следовательно, имеют высокий риск развития тромботических осложнений именно в данные фазы заболевания.

Наличие в анамнезе тромботических эпизодов и/или заболеваний, предрасполагающих к их развитию, является фактором риска развития гиперкоагуляционных нарушений до начала проведения пациентам специальной терапии и в период прогрессии заболевания.

С целью обеспечения индивидуальной оценки особенностей гемостатического дисбаланса и предотвращения тромбоэмболических осложнений у больных ММ следует провести тщательный сбор анамнестических данных о наличии у них тромботических эпизодов в прошлом и комплексную оценку состояния гемостаза с учетом про- и антикоагулянтных факторов.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИЙ КРОВОТОКА У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Выполнил: Абдусатторова Д, студент 309 группы лечебного факультета.,
Научный руководитель: Шокирова Г.К., Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Дальнейшее совершенствование методов диагностики возможно при использовании нанотехнологических методов, в частности биочипов. Анализ с использованием биологических биочипов - один из новейших и наиболее быстро развивающихся методов современной биологии и медицины. Эффективность применения биочипов обусловлена возможностью параллельного проведения большого числа специфических взаимодействий молекул биополимеров. При этом удается в достаточно простых экспериментах собрать и обработать на отдельных элементах биочипа огромное количество биологической информации, что особенно важно при необходимости проведения массовых исследований, в частности, при скрининге донорской крови и необходимости индикации большого количества инфекционных агентов в биоматериалах.

Таким образом, разработка новых методов диагностики инфекционных осложнений у онкогематологических больных с использованием биологических биочипов является актуальной проблемой в современной гематологии и вирусологии. Аналогичная работа до настоящего времени не проводилась, что и послужили основанием для проведения настоящего исследования. Цель исследования.

Цель исследования. Определение частоты и значимости вирусных инфекций у онкогематологических больных и маркеров герпесвирусов у доноров крови и совершенствование диагностики герпесвирусных инфекций путем использования олигонуклеотидных биочипов.

Материалы и методы исследования. Обследовали 487 больных в возрасте от 18 лет до 81 года (женщин - 235, мужчин - 252) с различными формами гемобластозов и депрессий кроветворения, находившихся на лечении в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Определена частота и значимость вирусных инфекций у онкогематологических больных. Геном ВЭБ определяется в крови у 24,9% больных, причем чаще при хронических лейкозах и множественной миеломе, реже обнаруживается ВГЧ-6 (11,0%). Геномы ЦМВ и ВПГ 1/2 выявлены в 4,8% и 3,0%, соответственно.

В развитии инфекционных осложнений у онкогематологических больных значительную роль играют респираторные вирусы. В целом, возбудители респираторных инфекций обнаруживаются у 62% больных с различными инфекционными осложнениями и только в 22,8% — без них.

Респираторные инфекции в 42% случаев протекают на фоне выявления геномов герпесвирусов в крови. Эти данные дают основание утверждать, что герпесвирусные инфекции значительно повышают риск развития инфекционных осложнений и указывают на необходимость тщательного мониторинга респираторных и герпесвирусных инфекций у онкогематологических больных.

Разработан олигонуклеотидный биочип, специфически выявляющий 8 известных герпесвирусов человека, который может быть успешно использован для индикации вирусов в биологическом материале.

На основании изучения серологических и молекулярно-биологических маркеров герпесвирусов показана необходимость и возможность выделения группы серонегативных по ЦМВ доноров для обеспечения инфекционной безопасности гемотрансфузий у иммуносупрессивных больных.

Вывод. Резюмируя результаты наших исследований по методам диагностики инфекционных осложнений у онкогематологических больных следует признать, что на данный момент методом выбора является мультиплексная ПЦР в реальном времени. Методы на основе ПЦР, в частности с использованием биочипов, остаются единственным прямым методом индикации инфекционных агентов, как в кровяном русле, так и в очаге поражения. В то же время серологические исследования с помощью ИФА играют ключевую роль в обследовании доноров для обеспечения «герпесбезопасности» гемокомпонентной терапии.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ХРОНИЧЕСКИХ ТИКОЗНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Выполнил: Авазбеков А.А, студент 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Каримов А.Х.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из актуальных проблем педиатрической неврологии являются хронические тикозные расстройства (ХТР), увеличение распространенности которых связано с недифференцированной терапией без учета сопутствующей патологии. Цель настоящего исследования — повышение эффективности диагностики и терапии тикозных расстройств у детей и подростков с учетом данных видео-электроэнцефалографического (ЭЭГ) мониторинга.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики и терапии тикозных расстройств у детей и подростков с учетом данных видео-ЭЭГ мониторинга.

Материал и методы исследования. В исследование были включены пациенты в возрасте от 3 до 15 лет с хроническими тикозными расстройствами (ТР) с длительностью заболевания более 1 года.

Критериями исключения из исследования были: транзиторные ТР, текущий церебральный процесс, гиперкинетический синдром на фоне резидуального поражения головного мозга, осложнения лекарственной терапии, эпилептические приступы без хронических ТР. В исследование вошли 116 пациентов с диагнозом «хроническое тикозное расстройство» — 83 (71,6%) мальчика и 33 (28,4%) девочки (соотношение 2,5:1) в возрасте от 3 до 15 лет (средний возраст $9,0 \pm 3,0$ года).

Результаты исследования. У детей с хроническими ТР и эпилептиформной активностью на ЭЭГ (1-я группа) достоверно чаще ($p=0,003$) отмечены изолированные моторные тики в области лица — 13 (24,1%) больных в сравнении с 3 (4,8%) пациентами 2-й группы. Во 2-й группе достоверно чаще наблюдали генерализованные тики — 34 (54,8%) случая против 20 (37,0%) в 1-й группе ($p=0,05$).

Коморбидная патология была зарегистрирована у 97 (83,6%) больных с хроническими Т.Р. Эпилепсия зарегистрирована у 19 (16,4%) пациентов с такими расстройствами, из них в 6 (31,6%) случаях эпилептические приступы были впервые диагностированы при проведении видео-ЭЭГ-мониторинга в рамках данного исследования. В подавляющем большинстве (89,5% случаев) отмечались фокальные формы эпилепсии, в том числе в 42,1% случаях формы, ассоциированные с доброкачественными фокальными разрядами детского возраста, и в 47,4% случаев — симптоматические фокальные эпилепсии.

Генерализованные формы эпилепсии диагностированы лишь у 2 (10,5%) пациентов, которым был поставлен диагноз юношеской миоклонической эпилепсии.

Эпилептические приступы в подавляющем большинстве случаев — 15 (79,0%) присоединялись после начала Т.Р. Средний возраст присоединения эпилептических приступов составил $8,3 \pm 2,7$ года. Только у 2 (10,5%) пациентов тики появились после манифестации эпилептических приступов.

В настоящем исследовании больных с хроническими ТР с использованием метода видео-ЭЭГ-мониторинга эпилептиформная активность на ЭЭГ зарегистрирована у 46,6% пациентов, а коморбидность с эпилепсией установлена в 16,4% случаев.

Установлено, в терапии хронических ТР в сочетании с эпилептическими приступами и/или эпилептиформными изменениями на ЭЭГ наиболее эффективными являются ПЭП (вальпроаты прологированного действия) как в отношении тяжести тиков, так и в отношении сопутствующей патологии — эпилептических приступов и эпилептиформных изменений на ЭЭГ. Терапия ПЭП эффективна в отношении тиков, однако при длительности приема более 6 мес повышается риск присоединения эпилептических приступов у пациентов с эпилептиформной активностью на ЭЭГ.

Таким образом, по нашим данным, высокая распространенность эпилептиформной активности у пациентов с хроническими ТР (46,6%) требует включения ЭЭГ/видео-ЭЭГ в стандарты обследования детей и подростков с Т.Р. Дифференцированный подход к противотиковой терапии с учетом данных ЭЭГ позволит повысить эффективность терапии и уменьшить число резистентных форм.

Вывод. Хронические тиковые расстройства и эпилепсия являются коморбидными состояниями с высокой частотой встречаемости. Определенные факторы высокого риска возникновения эпилептических приступов у детей и подростков с ХТР, коррелирующие с эпилептиформными изменениями на ЭЭГ (моторные тики в области лица, эпилептогенные изменения на МРТ, ремитирующее течение, ранний возраст развернутой клинической картины ТР), необходимо учитывать при выборе антиэпилептической терапии.

Установлены наиболее эффективные схемы антиэпилептической терапии, применение которых может существенно повысить эффективность лечения и предотвратить возникновение эпилептических приступов у пациентов высокого риска.

КАЧЕСТВО МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ

Авезова С.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Необходимый уровень качества обеспечения лечения на патологию хронического афтозного стоматита (ХРАС) включает медикаментозное воздействие на патогенную микрофлору, как возможный этиологический фактор в развитии этой болезни. Поэтому изучение особенности обсеменения полости рта микрофлорой является актуальным вопросом.

Цель исследования. Выяснение качества микрофлоры полости рта у пациентов с ХРАС.

Материалы и методы исследования. В исследование (до 3 месяцев наблюдения) включили 25 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет с диагнозами ХРАС. Для контроля эффективности *invitro* проведено spot-тестирование на бактериальном газоне.

Результаты исследования. Результаты исследований показали частое выявление бактерий рода стафилококков, стрептококков в мазках, полученных с элементов поражения при ХРАС, в то время как ПЦР-диагностика редко выявляла наличие вирусных пародонтопатогенов на афтах и папулах.

Патологические процессы в полости рта становятся очагами хронической инфекции и нарушая акт жевания приводит к ухудшению функционирования желудочно-кишечного тракта и обострению его хронических заболеваний. Более того, эта зависимость проявляется в форме взаимного отягощения. С другой стороны, в настоящее время некоторые авторы одним из факторов, участвующих в патогенезе ХРАС, относят бактериальные и вирусные аллергены, сходясь во мнении, что ХРАС может быть следствием патогенного воздействия L-формы гемолитического стрептококка с участием аутоиммунных механизмов.

Выводы. Проведенные лабораторные исследования и клинические наблюдения подтверждают исследования показали частое выявление бактерий рода стафилококков, стрептококков в мазках, полученных с элементов поражения при ХРАС.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Айнутдинова (Маманазарова Н.)

*Научный руководитель: Мамажонова С.О., Кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Возможность родов через естественные родовые пути должна быть рассмотрена во всех случаях гипертонических состояний (в том числе тяжелой), при отсутствии абсолютных показаний к кесареву сечению и удовлетворительном состоянии плода.

Цель: изучение особенностей течения родов у беременных с гипертоническими состояниями.

Материалы и методы: При дородовой подготовке и индукции родов с целью профилактики аномалий родовой деятельности у беременных с гипертоническими состояниями использовался синтетический аналог простагландинов группы Е "Гландин Е2".

Под наблюдением находилось 40 беременных с преэклампсией, которых разделили на 2 группы. 1-я группа (контрольная) - 20 беременных, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия. 2-я группа (основная) - 20 беременных, получавших "Гландин Е2" (однократно в задний свод влагалища, при недостаточно выраженном эффекте повторное введение препарата через 8 часов.).

Результаты и обсуждение: В контрольной группе у 60% рожениц отмечались аномалии родовой деятельности. Родоразрешены через естественные родовые пути 25 женщин (62,5%), среди которых из основной группы - 16 (80%), из контрольной - 9 (45%). Оперативно в основной группе завершилось 5 родов (25%). Соответственно, в контрольной группе 9 (45%) родов завершились через естественные родовые пути и 11 (55%) родов - оперативным путем.

В основной группе перинатальные поражения ЦНС наблюдались у 2 (10%) детей, в контрольной - у 3 (15%), кефалогематомы наблюдались в основной группе у 2 пациентов (10%), в контрольной - у 4 (20%), аспирационный синдром - у 1 (5%) и 2 (10%). Полученные результаты свидетельствуют о том, что синтетический аналог простагландинов группы Е "Гландин Е2", применяемый у беременных с гипертоническими состояниями, уменьшает частоту возникновения аномалий родовой деятельности и количество оперативных вмешательств.

Вывод: Таким образом, применение "Гландин Е2" существенно снижает частоту аномалий родовой деятельности и, соответственно, количество акушерских и перинатальных осложнений.

СРАВНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ МРТ И УЗИ У ИССЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ РАКЕ ЭНДОМЕТРИЯ

Азимова Гулбахор, Ибрагимова Махлиё, Турабжоновна Дилафруз,

*Научный руководитель: Мамарасулова Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

В данном разделе работы методом корреляционного анализа произведена сравнительная оценка результатов клинического метода исследования, УЗИ, МРТ и данных патоморфологического исследования операционного материала пациенток и прогностических факторов при РЭМ.

Выявлена высокая прямая корреляционная зависимость объемов новообразований, определенных при клиническом исследовании, а также патоморфологическом изучении операционного материала ($r=0,982970$, $p<0,05$). Объемы опухолей, вычисленные с применением современных лучевых методов обследования, также характеризовались прямой зависимостью от показателя объективной морфометрии, однако коэффициент корреляции при этом оказался несколько ниже, составляя 0,657589 для УЗИ и 0,724505 для МРТ ($p<0,05$). Объемы новообразований, определенные при УЗИ и МРТ у исследованных больных РШМ всех стадий, характеризовались прямой корреляционной связью ($r = 0,911300$, $p<0,05$). Это может свидетельствовать о высокой диагностической ценности обоих исследуемых методов, различия между полученными результатами оказались незначительными.

Результаты сравнительного анализа объемов новообразований, полученных с применением осмотра и пальпации, УЗИ, МРТ, а также патоморфологического исследования, показал некоторые отличия информативности указанных методов у больных с различными стадиями РЭМ. Так, у больных РЭМ стадии IV2 коэффициент корреляции МРТ с данными патоморфологического заключения при определении объема шейки матки составил 0,724505, а УЗИ – 0,657589.

У больных РЭМ стадии IIB обнаружена прямая корреляционная взаимосвязь объемов матки, определенных с использованием МРТ и патоморфологического исследования, с коэффициентом корреляции $r = 0,981056$. Показатели УЗИ в сравнении с данными морфометрии удаленных препаратов характеризовались коэффициентом корреляции 0,685367.

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Айнутдинова Н. - студентка 6 курса
Научный руководитель: Мамажанова С.О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель. Оценка влияния избыточной массы тела и ожирения на течение и исходы беременности

Материалы и методы. Проведен анализ 56 -ти историй родов, женщин поступивших во 2-родильный комплекс города Андижан в течение 2 лет.

Все женщины были разделены на 3 группы.

I- 20 беременных с нормальной массой тела (ИМТ от 18 до 24,9 кг/м²)

II- 20 с избыточной массой тела ИМТ от 25 до 29,9 кг/м²

III- 118 беременные с ожирением 30 кг/м² и более.

Всем пациенткам проводили клинические и лабораторно-инструментальные исследования в соответствии с имеющимися стандартами ведения беременных.

Проводилась оценка течения беременности и родов. Средний возраст пациенток I группы составил 23±2,7. II группы 26±3,1. III группы 30±4,7

В группе пациенток с нормальной массой тела число первобеременных 14 (70%) во II группе – 6 (30 %), в III группе 7 (35%). Изучение акушерского-гинекологического анамнеза показало, что у беременных с ожирением бесплодие встречалось чаще (30 %), чем у женщин с нормальной – 1(5%) и избыточной массой тела 3 (15%). В течение настоящей беременности в I группе осложнялось гипертензивными состояниями -6 (35%), угрозы прерывание беременности -10 (50%), ранний токсикоз – 10 (50%), угрожающие состояния плода -2 (10%). Во II и III группах ранние токсикозы соответственно 10 (30 %), 7 (35%), угроза прерывания беременности -12 (60%), и 11 (55%), гипертензивные нарушения - 11 (55%) и 16 (80%), угрожающие состояние плода в обеих группах – 8 (40%). Роды в первой группе закончились самопроизвольно без осложнений у 17 женщин (85%), кесарево сечение- у 3 (15%), мертворождений не было. Во второй группе преждевременные роды у 8 (40%), самопроизвольные роды – у 16 (80%), кесарево сечение – у 4 (20%), гипотония матки- у 6 (30%), мертворождения- у 4 (20%). В третьей группе преждевременные роды – у 8 (40%), самопроизвольные роды – у 15 (75%), кесарево сечение – у 5 (25%), кровотечения в раннем послеродовом периоде – у 6 (30%), мертворождения – у 4 (20%) женщин.

Вывод. Таким образом, течение беременности и родов у женщин с избыточной массой тела и ожирением достоверно чаще осложняется преждевременными родами, преэклампсией и кровотечением в послеродовом периоде.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У НЕЙРОЛЕПТИКОВ

*Акбаралиев Ж., студент 3-курса фармакологического факультета
Научный руководитель: Зияева М.К.
Кафедра фармакологии и клинической фармакологии, медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. За последние полвека было создано более 60 антипсихотических препаратов, 14 из которых в настоящее время доступны в Андижане. Традиционно нейролептики (антипсихотики, АП) классифицируются в две большие группы. Это антипсихотики первого поколения, обычные АП и препараты второго поколения. Общим для всех АП фармакологическим свойством является блокада дофаминовых рецепторов второго подтипа (БК02) (антагонизм или частичный агонизм в случае арипипразола).

Цель исследования. Изучить фармакологические особенности нейролептических препаратов.

Результаты исследования. Приведены данные об отсутствии существенных различий в эффективности антипсихотических препаратов в отношении позитивных симптомов и симптомов психической дезорганизации, за исключением преимуществ клозапина при лечении резистентных случаев.

Показано, что эффективность терапии с точки зрения терапии негативных, депрессивных и когнитивных симптомов определяется в зависимости от: (1) того, в какой степени редукция позитивных симптомов (бред и галлюцинации) способствует улучшению вторичных симптомов заболевания, и (2) от того, в какой степени побочные экстрапирамидные эффекты (БР8Б) и побочные антихолинергические эффекты корректируются медикаментами, применяемыми для влияния на БР8Б, ухудшая вышеупомянутые симптомы.

Обосновано мнение о том, что нейролептики с сильным антипсихотическим действием без сопутствующих экстрапирамидных расстройств, не вызывающие необходимость сопутствующей антихолинергической терапии, имеют большие терапевтические преимущества.

Вывод. Рассмотрено, что, несмотря на общую схожесть в эффективности, все нейролептики существенно отличаются по частоте и интенсивности побочных эффектов.

Считают, что нейролептики второго поколения (так называемые атипичные нейролептики), как правило, признаются препаратами с меньшим, чем у классических антипсихотических препаратов, риском возникновения экстрапирамидных расстройств и с большим риском метаболических побочных эффектов. Значительная вариация частоты этих и других побочных эффектов двух классов лекарственных препаратов свидетельствует, что такое категорическое различие фармакологических средств не является клинически оправданным.

Выбор антипсихотического препарата должен основываться на индивидуальных предпочтениях пациентов, их терапевтической реакции на предшествующее лечение, анамнестических данных о наличии и характере побочных эффектов терапии нейролептиками, медицинских данных о факторах риска, уровне комплаентности и приверженности предписанного лечения, и, особенно, профиле побочных эффектов различных антипсихотиков.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Акбарова М., студентка 341-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Акбарова Р.М. - Кафедра педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Широкая распространенность кишечных инфекций среди детей вызвана высокой контагиозностью и распространенностью возбудителей, их устойчивостью к воздействию факторов внешней среды, возрастными особенностями строения и функционирования пищеварительной системы, функциональным несовершенством защитных механизмов, а также в недостаточной степени привитыми и закрепленными навыками гигиены.

Проблему острых кишечных инфекций (ОКИ) не без основания можно считать одной из самых острых и широко обсуждаемых медицинской общественностью. Действительно, смерть от ОКИ входит в десятку основных причин смертности в мире, составляя по данным ВОЗ на 2012 год порядка 1,5 млн. случаев (примерно столько же людей погибают от рака легкого, трахеи и бронхов, сахарного диабета, ВИЧ/СПИД) [2]. Ежедневно от диарейных заболеваний в мире умирает более 5000 детей [1,5]. Эти инфекции занимают 4 место в «рейтинге значимости» глобального бремени болезней (ОББ, данные 2010 года). [3]. Справедливости ради следует отметить, что столь серьезные цифры характеризуют ситуацию, в первую очередь, в развивающихся странах. В России она не столь катастрофична, но социально-экономический ущерб от острых инфекционных диарей без преувеличения огромный.

Цель исследования. Оптимизация диагностики и терапии острых кишечных инфекций у детей, на основании выявления их клинико-патогенетических особенностей и изучения состояния микробиоценоза кишечника.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением были 60 детей, больных ОКИ, в возрасте от 6 мес. до 6 лет. С учетом различий в комплексной терапии острой диареи все наблюдавшиеся больные были распределены методом случайной выборки на 3 группы.

Результаты исследования. Наиболее выраженный клинический эффект наблюдался в группе пациентов, получавших сочетание лактулозы с панкреатином (основная группа В). Длительность диареи у больных в данной группе была достоверно меньше ($4,24 \pm 0,21$ сут.), чем в основной группе А ($5,6 \pm 0,48$ сут.) и в группе сравнения ($6,2 \pm 0,52$ сут.) ($p < 0,01$). У больных, получавших пребиотический препарат, наблюдали также более быстрое прекращение метеоризма: $4,4 \pm 0,32$ сут. в группе А, $3,8 \pm 0,46$ сут. – в группе В в сравнении с $5,1 \pm 0,42$ сут. в группе получавших только энтеросорбенты. Нами не было выявлено влияния лактулозы и панкреатина на сроки купирования симптомов инфекционного токсикоза и рвоты.

Необходимо отметить хорошую переносимость лактулозы и панкреатина, а также отсутствие каких-либо негативных побочных реакций, в том числе аллергических.

При комплексной оценке клинической эффективности терапии установлено, что наибольшая частота «хорошего» эффекта от лечения наблюдалась в группе больных, получавших панкреатин совместно с лактулозой.

В то же время при включении только лактулозы в традиционную терапию было отмечено повышение клинической эффективности на 20%. Отсутствие клинического эффекта от проводимого лечения к концу 3–х суток реже всего наблюдалось в группе, которые получали лактулозу + панкреатин (у 1 больного). В группе сравнения количество таких детей было значительно больше – 4.

Сравнительная оценка состояния микрофлоры толстой кишки на фоне терапии была проведена у 30 больных – по 10 в каждой из групп. Было установлено, что в остром периоде кишечной инфекции у 100% больных развиваются дисбиотические нарушения различной степени, характеризующиеся снижением уровня лактобактерий (у 63,3% детей), бифидобактерий (у 80%), нормальной кишечной палочки (у 66,7%), повышением уровня кишечной палочки с измененной ферментативной активностью (у 33,3%),

гемолизирующей *E. coli* (у 23,3%), ростом количества условно-патогенных микроорганизмов (у 16,7%), золотистого стафилококка (у 36,7%) и дрожжевых грибов (у 23,3%).

Вывод. Таким образом, с учетом широкой распространенности и разнообразия возбудителей, а также затруднений, возникающих при диагностике, проблема ОКИ в детском возрасте не теряет своей актуальности. Тактика лечения этой группы заболеваний должна иметь комплексный и этапный характер и включать регидратационную и диетотерапию, средства этиотропного и патогенетического лечения. В последние годы получены убедительные данные относительно эффективности отдельных штаммов пробиотических микроорганизмов и содержащих их лекарственных препаратов, применение которых в стартовой терапии обеспечивает достоверное уменьшение степени выраженности основных симптомов заболевания, а также оказывает благоприятное влияние на состояние микрофлоры желудочно-кишечного тракта.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА НОВОРОЖДЕННОГО: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Акбарова М., студентка 341-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Акбарова Р.М. - Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последние годы огромный интерес вызывает проблема поражений сердечно - сосудистой системы у новорожденных. Изменения ионного баланса и энергетического метаболизма, нарушения электрофизических свойств миокарда, возникающих в результате хронической внутриматочной и перинатальной гипоксии, может явиться причиной различных заболеваний этого возрастного периода. Поэтому выявление и своевременная коррекция нарушений сердечного ритма и проводимости у младенцев представляется актуальной задачей, так как не леченные кардиологические нарушения у детей могут привести к формированию органической патологии.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение роли электрокардиографических методов исследования для диагностики поражений сердечно - сосудистой системы у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 новорожденных в раннем неонатальном периоде.

На основе клинических, параклинических, биохимических и инструментальных исследований проведена комплексная оценка состояния здоровья новорожденных. Все наблюдавшиеся дети проходили консультации у невролога. Классификация перинатального поражения нервной системы (ППНС) осуществлялась согласно МКБ 10 пересмотра.

Результаты и их обсуждение. Работа сердца представляет собой непрерывное чередование периодов сокращения (систола) и расслабления (диастола). Систола и диастола составляют сердечный цикл. Если частота сердечных сокращений составляет 60-80 сокращений в мин, то каждый цикл равен 0,8 с. При этом 0,1 с - систола предсердий, 0,3 с – систола желудочков, 0,4 с – общая диастола сердца. Работу сердца исследуют с помощью выслушивания (аускультации) или записи электрических сигналов и звуков, возникающих при работе сердца.

Кардиография – это запись работы сердца, выполненная каким-либо способом. В настоящее время применяется ЭКГ – запись электрических потенциалов, возникающих при работе сердца.

Электрокардиография – это использование современной компьютерной двенадцатиканальной ЭКГ. Специалисты имеют возможность получить сведения о нарушениях таких функций сердца, как возбудимость и проводимость импульса по нервно-мышечному волокну, судить о наличии изменений в миокарде, о гипертрофии отделов сердца, а также оценить ритм его работы.

Для диагностики сердечно - сосудистых заболеваний используются также суточный мониторинг ЭКГ и артериального давления. Благодаря наличию оригинального холтера, врачи имеют возможность диагностировать более 40 видов нарушений ритма работы сердца. А суточный мониторинг артериального давления обеспечит определение колебаний суточного давления.

Фонокардиография – метод графической регистрации тонов сердца с поверхности грудной клетки, т. е. графическая запись тонов сердца, позволяющая выявить еще III и IV тоны, которые не слышны при обычном выслушивании сердца. III тон отражает вибрацию стенок желудочков вследствие быстрого поступления крови в них, IV тон возникает во время систолы предсердий и продолжается до начала их расслабления.

Сфигмография – графическая регистрация артериального пульса крупных артерий, флебография – графическая регистрация венозного пульса крупных вен.

Учитывая тот факт, что пренатальная диагностика в нашей республике распространена недостаточно широко, определяющим в выявлении большинства поражений сердца у новорожденных является постнатальный период.

Вывод. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар показала, что у 54,5% оно расценивалось как удовлетворительное (10-7 баллов), 29,1% – средней тяжести (6-4 балла), 16,4% – тяжелое (3-1 балл).

Изучение роли факторов риска в развитии патологии ССС новорожденных показало, что пренатальные факторы риска составили 61,22 % (наиболее часто из них зафиксирована железодефицитная анемия). Интранатальные факторы риска составили 30,6% (наиболее значимыми были оперативные роды путем экстренного кесарева сечения).

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

*Акбарова М., студентка 341-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Махсудова Х.Ф. - Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последние годы аллергические заболевания все чаще стали называть «глобальной проблемой человечества» из-за высокой распространенности у детей и взрослых. Благодаря усилиям многих специалистов в настоящее время удалось достичь определенных успехов в лечении и снижении частоты обострений БА, однако вопросы первичной профилактики болезни продолжают волновать многие умы.

Цель исследования. Определить роль нарушений регуляции эпидермального барьера в возникновении atopического дерматита, бронхиальной астмы у детей с atopическим дерматитом и установить прогностические маркеры, отражающие формирование atopического дерматита, а также аллергического поражения нижних дыхательных путей у детей с кожными проявлениями atopии.

Материалы и методы исследования. Диссертационное исследование выполнено на кафедре детских болезней АГМИ города Андижан. Материалом исследования послужили данные, полученные с 2009 по 2013 гг. в результате наблюдения за 457 детьми в возрасте от 6 до 17 лет. Основную группу (общая выборка больных) составили 257 пациентов с диагнозом АД (средний возраст $11,5 \pm 3,3$ лет).

Результаты исследования. В детском возрасте atopический дерматит в основном представлен следующими клиническими вариантами: atopический дерматит без бронхиальной астмы (32,7%) и atopический дерматит с бронхиальной астмой (67,3%). Данные варианты имеют клинико-анамнестические, иммуно-аллергологические и фенотипические особенности.

Формированию бронхиальной астмы у детей с atopическим дерматитом способствуют персистирующее течение atopического дерматита, а также расширение спектра сенсibilизации в возрасте от 4 до 6 лет, совпадающее со временем манифестации аллергического ринита. У детей с atopическим дерматитом и бронхиальной астмой имеется прямая корреляция между степенью тяжести atopического дерматита и степенью тяжести бронхиальной астмы.

Тяжелая бронхиальная астма у детей с atopическим дерматитом в возрасте старше 6 лет чаще встречается у девочек, а также у пациентов, перенесших перинатальную энцефалопатию в грудном возрасте, страдающих хроническим аденоидитом, хроническим гастродуоденитом, расстройством вегетативной нервной системы, имеющих признаки дисплазии соединительной ткани. Для детей с сочетанной аллергопатологией и отягощенным семейным аллергоанамнезом по atopическому дерматиту со стороны матери характерно персистирующее течение atopического дерматита и формирование тяжелых его форм.

Разработанные прогностические модели позволяют сформировать группы риска по развитию atopического дерматита и бронхиальной астмы у детей с atopическим дерматитом. Не установлены анамнестические, иммуно-аллергологические и фенотипические признаки atopического дерматита, определяющие вероятность предрасположенности к развитию бронхиальной астмы детей с atopическим дерматитом, что подтверждает гетерогенность формирования аллергического поражения нижних дыхательных путей у детей с кожными проявлениями atopии.

Вывод. В результате проведенного исследования представлены факторы риска и протекции развития АД. Показаны клинико-анамнестические характеристики, способствующие формированию АД, а также БА у детей с АД. Представленные результаты позволят педиатрам и аллергологам-иммунологам среди детей с АД выделить пациентов, входящих в группы риска по развитию БА. Обозначены факторы, способствующие формированию тяжелого течения и АД, и БА у детей с сочетанным аллергическим поражением кожного покрова и нижних отделов респираторного тракта. Результаты работы вносят вклад в понимание генетических основ нарушений регуляции эпидермального барьера у детей с АД, а также БА у респондентов с АД.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ (ЗОЖ) - ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

Акмалов А.А. – студент 4 курса лечебного факультета

*Научные руководители: М.Х.Салиева -к.м.н.,доцент, М.М.Мирзаева – старший преподаватель
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Активным носителем ЗОЖ является конкретный человек как субъект и объект своей жизнедеятельности и социального статуса. 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.

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 и их обсуждение. 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. Поэтому у каждого должна быть своя программа ЗОЖ, в которой должны быть учтены соответствующие особенности. Учет социальных факторов предполагает, что этот человек, являясь членом общества, принадлежит к данной социальной группе, которая предъявляет ему определенные требования, но, с другой стороны, и сам человек имеет определенные социальные притязания. В таком случае в программе ЗОЖ должны найти место меры, оптимизирующие взаимоотношения человека с окружающими, помогающие предупредить нездоровые конфликты и вооружить его приемами выхода из конфликтов и пр. Учет семейно-бытового статуса человека определяется тем обстоятельством, что данный человек имеет в своей семье определенные права и обязанности, обусловленные сложившимися здесь взаимными отношениями, традициями и обычаями, включающими режим дня и питания, воспитание детей, распределение обязанностей и т.д. Поэтому задачей рациональной жизнедеятельности должны быть, с одной стороны, максимально полное обеспечение функций человека в семье как ребенка, супруга и родителя, а с другой — создание в самой семье условий, позволяющих человеку поддерживать высокий уровень здоровья. Учет уровня культуры человека предполагает, что организация его жизнедеятельности должна определяться его жизненными приоритетами, среди которых одно из основных — отношение к здоровью. В связи с этим особое значение приобретает воспитание культуры здоровья, здоровых потребностей и привитие навыков здорового образа жизни.

4. Принцип умеренности означает, что для тренировки функциональных систем должны использоваться умеренные нагрузки.

5. Принцип рационального чередования нагрузки и отдыха. Как отмечал отечественный физиолог Н.Е. Введенский, «люди устают не потому, что работают много, а потому, что работают неправильно».

6. Принцип рациональной организации жизнедеятельности. Так как принцип рационального чередования нагрузки и отдыха требует осознанного отношения человека к организации своего труда и отдыха, то, следовательно, надо научиться правильно работать и правильно отдыхать.

7. Принцип «сегодня и всю жизнь». Здоровье не дается человеку впрок, оно требует постоянных и упорных усилий. Известно, что достигнутые годами результаты в закаливании практически полностью исчезают уже через несколько месяцев после прекращения закалывающих процедур.

8. Принцип валеологического самообразования. Формирование здорового образа жизни имеет своей конечной целью совершенствование условий жизни и жизнедеятельности на основе валеологического обучения и воспитания, включающих изучение своего организма и своей личности, освоение гигиенических навыков, знание факторов риска и умение реализовать на практике весь комплекс средств и методов обеспечения ЗОЖ.

Выводы. Таким образом, программа и организация ЗОЖ для данного человека должны определяться следующими основными посылами: 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.

РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИКИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Акрамходжаева Зиёда, студентка 102- группы направления «Фармация»

*Научный руководитель: Мамаджанова М.Р., старший преподаватель кафедры Узбекского языка и литературы
АГМИ*

В нашей стране в настоящее время идут масштабные изменения в разных отраслях промышленности, в том числе фармацевтике. Мы живём в государстве с великим будущим. Этому свидетельствует забота правительства о народе, молодёжи, проявлением которого является название 2021 года «Годом поддержки молодёжи и укрепления здоровья населения».

В 2019 году в Хуане вспыхнула эпидемия нового типа вируса COVID -19. Она охватила все страны мира, включая Узбекистан. Человечество оказалось бессильным перед коварным вирусом. Проникая в человеческий орган воздушно-капельным путём, вирус поражал лёгкие, вызывая при этом кашель, одышку, потерю вкуса, обоняния и т.д. Разработанные методы лечения, протоколы ведения больных, самоотверженность врачей, создания всех условий для людей, заражённых вирусом, дали свои положительные результаты. Правительство уделило основное внимание больным и профилактике болезни. Государство приняло соответствующие меры по предотвращению эпидемии: налажено масштабное производство масок и перчаток, антисептических средств, лекарств для предотвращения заболеваний. А также государство взяла инициативу лечения граждан бесплатно в лечебницах, в связи с этим все лекарства были доставлены и доставлялись своевременно.

Благодаря проводимым научным исследованиям, богатому опыту специалистов фармацевтической сферы, в нашей стране создается множество лекарственных препаратов, которые широко внедряются в практическую медицину. Научные и научно-педагогические кадры высокой квалификации по направлениям, как технология лекарств и организация фармации, фармацевтическая химия и фармакогнозия, фармакология и клиническая фармакология, работают над новыми видами препаратов отечественного производства. Уделяется особое внимание последовательному развитию взаимосвязи науки и производства, сочетанию теории и практики в повышении опыта специалистов. Для прохождения студентами производственной практики налажено сотрудничество с профильными предприятиями.

На IX Республиканской ярмарке инновационных идей, технологий и проектов института представили перспективные научные разработки и произведенные препараты различного спектра действия. На ярмарке заключены договора на 535 миллионов 500 тысяч сумов с фармпредприятиями и организациями.

Отечественный рынок фармацевтической продукции за последние пять лет показал динамику роста освоения новых видов продукции, а также увеличения объемов производства. На сегодняшний день в Узбекистане действует 191 отечественного предприятия по производству фармацевтической продукции. Из них 95 специализируются на производстве различных видов лекарственных препаратов, 23 - медицинской техники, 62 - изделий медицинского назначения, 11 - производят как лекарственные препараты, так и изделия медицинского назначения.

В настоящее время к применению в медицинской практике на территории Республики Узбекистан разрешено 9 736 торговых наименований лекарственных средств, в том числе 2 634 наименования лекарственных средств отечественного производства, 1759 наименований -изделий медицинского назначения, из них 284 - отечественного производства, а также 1666 наименований медицинской техники, из них 78 - отечественного производства. Статисты указывают, что будущее фармацевтической промышленности Узбекистана, несомненно, великое. Мы приложим все свои знания и усилия в развитие фармацевтики страны.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Алибеков О.О., соискатель

Научные руководители: Маматалиев А.Р, Исроилов Р.И.

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Миома матки представляет собой наиболее распространенную доброкачественную опухоль женской репродуктивной сферы. В связи со сменой парадигмы репродуктивного поведения в последние десятилетия отмечается тенденция к отсроченному планированию беременности в позднем репродуктивном возрасте, когда у женщин отмечается высокая заболеваемость миомой матки. По данным литературы каждая третья женщина старше 35 лет страдает миомой матки.

Цель исследования. Повышение эффективности и безопасности лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность, на основании усовершенствования диагностических критериев персонализированного выбора хирургических и консервативно-регрессионных методов лечения.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных в настоящей работе цели и задачи были определены основные методологические направления работы.

Все пациентки были информированы об участии в исследовании и подписали информированное согласие. У всех женщин, до начала включения в исследование было получено добровольное информированное согласие на обработку и использование биологического материала.

Результаты исследования. Основными факторами риска развития субмукозной миомы матки являются: хронические воспалительные заболевания органов малого таза (77,0%), наследственная предрасположенность (48,3%), травматизация эндо- и миометрия (60,1%). У 73,6% пациенток субмукозная миома матки сопровождается нарушением менструального цикла. Гиперполименорея является ведущим симптомом (54,0%).

Эхография и гистероскопия позволяют оценить состояние эндометрия и выявить четкую локализацию и размеры миоматозного узла для определения метода и доступа хирургического вмешательства. При истинной субмукозной миоме матки, не превышающей в диаметре 5 см, операцией выбора является гистерорезектоскопическая миомэктомия.

В тканях неизмененного миометрия в 78,6% случаев экспрессия рецепторов к эстрогену и прогестерону отсутствует. В субмукозных миомах рецепторная зависимость по эстрогену в 56,1% случаев отсутствует, в 26,4% слабая, умеренная и сильная составляет 9,9% и 6,6%, соответственно. Экспрессия прогестерона определяется как умеренная и сильная в 36,3%, слабая в 19,8%, отсутствие в 6,6% случаев. Индекс пролиферативной активности в тканях субмукозной миомы матки находится в интервале от 0 до 15%, площадь сосудистого русла на 9% меньше, чем в нормальном миометрии.

В 62,1% случаев субмукозная миома матки сочетается с гиперпластическим процессом эндометрия, при котором наблюдается сильная экспрессия рецепторов эстрогена в строме (40,9%), в железах (63,9%) и прогестерона в строме (53,1%), в железах (50,3%). В 95,7% случаев пролиферативная активность клеточных элементов низкая. Площадь сосудистого русла в гиперплазированном эндометрии на 6,0% больше, чем в неизмененном эндометрии.

Проведение миомэктомии с последующей гормональной терапией, с учетом морфологического статуса, привело к снижению болевого синдрома у 93,3%, нормализации менструального цикла у 70,0%, восстановлению детородной функции у 25,0% пациенток.

Вывод. Таким образом, сегодня не до конца решены вопросы патогенетических механизмов развития миомы матки, восстановления репродуктивного здоровья после операции, что требует дальнейшего изучения данной проблемы и совершенствования лечебных мероприятий, направленных на снижение частоты данной патологии.

В работе выявлено положительное влияние миомэктомии на восстановление менструальной и репродуктивной функций, что подтверждает необходимость проведения органосохраняющих операций на матке.

На основании данных УЗИ и гистероскопии уточнены показания для проведения миомэктомии с применением различных хирургических доступов и методик.

Проведение иммуногистохимического исследования удаленных миоматозных узлов и ткани эндометрия с определением рецепторов к половым стероидам, пролиферативной активности клеток и площади сосудистого русла позволяет проводить обоснованную гормональную терапию в послеоперационном периоде.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИОМЫ МАТКИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Выполнил: Алибеков О.О, соискатель.,

*Научные руководители: Маматалиев А.Р, Исроилов Р.И.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последние десятилетия многие женщины в силу ряда социальных причин откладывают деторождение на более поздний срок репродуктивного периода, что ведет к увеличению доли пациенток с гинекологической патологией, в том числе с миомой матки.

В настоящее время пациентки стараются избежать удаления матки, желая сохранить фертильность и женственность. Лечение женщин с миомой матки, планирующих в будущем беременность, должно быть максимально органосохраняющим. В связи с этим увеличивается значимость миомэктомии как операции, позволяющей снизить риск осложнений, связанных с вынашиванием беременности.

Цель исследования. Изучить экспрессию маркера пролиферации Ki-67 и ингибитора апоптоза Bcl-2 в миоматозных узлах после консервативной миомэктомии.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 153 беременные с миомой матки. У 80 женщин беременность закончилась самопроизвольными родами, 63 произведено кесарево сечение, 10 женщин продолжают наблюдаться по поводу беременности (в 15-18 нед беременности им произведена миомэктомия). Оперативному лечению во время гестации подверглись еще 15 пациенток, беременность у них уже закончилась оперативными родами. Таким образом, миомэктомия во время беременности произведена 25 женщинам.

Результаты исследования. При осмотре беременных с миомой матки обращали внимание на следующие особенности: локализацию миоматозных узлов, их структуру, расположение плаценты, тонус и возбудимость миометрия.

У 6 беременных при первом осмотре была обнаружена перешеечная миома матки, но размеры опухоли были небольшими и не препятствовали развитию беременности. У 12 женщин узлы были субсерозно-интерстициальными (от 8 до 15 см в диаметре), располагались в дне или в теле матки, нарушения питания в узлах не отмечено, и беременность также была пролонгирована до срока доношенной.

У 106 пациенток миома матки была множественной, миоматозные узлы были небольших размеров, преимущественно субсерозно-интрастициальными. У 4 беременных был обнаружен центростремительный рост миомы, но плодное яйцо было имплантировано на противоположной стенке матки, и беременность также удалось пролонгировать до срока, при котором плод становился жизнеспособным.

Беременность в сочетании с миомой матки у 80 женщин закончилась самопроизвольными родами. Миоматозные узлы, как правило, имели небольшие размеры, располагались в теле матки, не препятствуя самопроизвольному рождению плода. В этой группе 28 (35%) беременных были пожилыми первородящими: 13 страдали гипертонической болезнью, у 10 обнаружено увеличение щитовидной железы, у 9 - миопия.

У всех беременных в 37-38 нед гестации начиналась подготовка к родам спазмолитическими, седативными препаратами; 6 женщинам проведена подготовка внутривенным капельным введением энзапроста. Роды у 34 (42,5%) женщин осложнились преждевременным излитием вод, у 4 (5%) - кровотечением в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

Средняя продолжительность родов составила 10425 мин +/- 1 ч 7 мин, безводного промежутка - 15 ч 12 мин +/- 1 ч 34 мин. В удовлетворительном состоянии родились 56 (70%) детей, 22 (27,5%) в состоянии легкой гипоксии и два новорожденных - с гипоксией средней степени тяжести. Масса новорожденных колебалась от 2050 до 4040 г. У четверых масса превышала 4000 г. У всех родильниц течение послеродового периода было неосложненным. 78 (97,5%) новорожденных были выписаны домой на 5-7-е сутки в удовлетворительном состоянии, два ребенка переведены на этапное выхаживание, а затем также выписаны.

Вывод. Таким образом, возрастающая частота миомы матки у женщин фертильного возраста, все чаще ставит перед акушерами-гинекологами вопрос о возможности пролонгирования беременности при этой патологии. Консервативная миомэктомия, особенно у женщин с последней и нередко единственной возможностью иметь ребенка, является методом, позволяющим реализовать эту возможность.

Иммуногистохимическое исследование лейомиомы тела матки выявило достоверное повышение экспрессии ингибитора апоптоза Bcl-2 и снижение экспрессии рецепторов маркера пролиферации Ki-67 во всех исследуемых образцах, что согласуется с данными гистологического исследования об отсутствии митотической активности в лейомиомах.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

*Алибоев М.Р., Ахмадбеков Б.О. Тургунбоев А.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Среди широко распространенной тиреоидной патологии заболевания загрудинно расположенной щитовидной железы встречаются в 5 - 6% случаев. Единственным методом лечения больных данной категории является хирургический способ. При оперативном лечении пациентов с патологией щитовидной железы, расположенной загрудинно, количество интра и послеоперационных осложнений может достигать до 10%. При этом основными причинами осложнений могут быть как традиционные трудности, характерные для всех операций на щитовидной железе, так и особенности, связанные с локализацией загрудинного компонента. Следует отметить, что к хирургическим осложнениям при данных операциях из шейного доступа часто приводят попытки слепого «вылушивания» нижнего тиреоидного полюса. Кроме того, нередко требуется переход на более травматичные вмешательства, а именно стернотомию или торакотомию.

Неоднозначность методики хирургического вмешательства у пациентов с различными заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы делает необходимым поиск новых путей профилактики специфических интра и послеоперационных осложнений.

Цель : Улучшение результатов хирургического вмешательства у больных с заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы.

Материалы и методы: Среди оперированных были 4 (10%) пациента с узловым нетоксическим зобом, 17 (42,5%) – с многоузловым нетоксическим зобом, 2 (5%) – с рецидивным многоузловым зобом, 2 (4%) – с диффузным токсическим зобом, 5 (10%) – с аутоиммунным тиреоидитом, 8 (20%) – с аденомой щитовидной железы и 2 (5%) пациента с тиреоидной карциномой.

При обследовании больных мы придавали особое значение визуализирующим методам исследования, таким как УЗИ, компьютерная и магнитно-резонансная томография органов шеи и средостения. Полученная информация о топографо-анатомических особенностях границ нижних полюсов железы имела большое значение при планировании тактики хирургического вмешательства.

При хирургическом лечении больных использовали усовершенствованную методику оперативного вмешательства из шейного доступа с соблюдением определенной этапности при мобилизации щитовидной железы. Суть методики заключается в обеспечении максимальной мобильности удаляемой тиреоидной доли с загрудинным компонентом при мобилизации ее сверху вниз.

Возможность атравматичного перемещения нижнего полюса в ложе щитовидной железы обуславливается тем, что этиологически загрудинная локализация тиреоидной ткани является приобретенной патологией. Нижний полюс опускается за грудину под воздействием различных факторов. Исходя из этого, длина сосудистых структур и растяжимость связочного аппарата загрудинного компонента позволяет переместить последний в шейную часть тиреоидного ложа. Важным условием при этом является, в первую очередь, полная мобилизация верхнего полюса и средней части щитовидной железы. Доступ к щитовидной железе осуществлялся воротниковым разрезом. Углы операционной раны располагались на уровне медиальных краев грудино-ключично-сосцевидных мышц. При необходимости, для более хорошего обзора и удобного манипулирования в условиях небольшого разреза отодвигали предгортанные мышцы при помощи крючок Фарабева. Производили оценку размеров, консистенции, структурных и топографо-анатомических особенностей щитовидной железы. Значительное внимание уделяли исследованию нижних тиреоидных полюсов. При данном способе для облегчения мобилизации загрудинно расположенной части щитовидной железы мы начинали вмешательство с пересечения перешейки в продольном направлении после отделения его от трахеи тупым способом. Следующим этапом мобилизовывали верхний полюс железы с выделением и пересечением после перевязки верхних тиреоидных артерий, вен и лимфатических сосудов. Следует отметить, что обнажение верхне-боковых отделов гортани проходило с обязательным учетом анатомии наружной ветви верхнего гортанного нерва. Далее пересекали боковую вену, визуализировали верхнюю паращитовидную железу и возвратный гортанный нерв. После этого приступали к мобилизации загрудинно расположенной части щитовидной железы. Под четким зрительным контролем, разделяя фиксирующие связки, фасциальные и рубцовые тяжи, поэтапно поднимали загрудинный компонент в шейную часть тиреоидного ложа. Далее, используя микрохирургические инструменты, острым путем визуализировали, выделяли, раздельно между зажимами лигировали и пересекали артерии, вены и лимфатические сосуды нижнего полюса щитовидной железы. На сложном этапе операции, который чаще соответствует отделению ткани щитовидной железы от возвратного гортанного нерва особенно в зоне вхождения его в гортань и атравматическому выделению паращитовидных желез, использовали бинокулярные лупы. Данная последовательность технических приемов и использование современной медицинской аппаратуры позволяла достигать максимальной мобильности удаляемой доли щитовидной железы для выведения ее загрудинной части с наименьшей травматичностью и предотвращением интраоперационных осложнений. Вмешательство на щитовидной железе завершали тщательной ревизией ее ложа и окружающих структур – целостности магистральных сосудов шеи, возвратных гортанных нервов, паращитовидных желез, трахеи, перстне-щитовидной

мышцы. Особое внимание уделяли за грудиной части дна раны. Для предупреждения деформации шеи в зоне операции и развития сращений трахеи с платизмой и подкожной клетчаткой производили тщательное восстановление мышечно - фасциального каркаса. При закрытии раны оставляли резиновый полоске для аспирации. На 2 - 3 сутки после операции больным определяли уровень в крови Са, Р и производили ларингоскопическое исследование гортани.

Результаты : Анализ результатов лечения указанной группы больных показал, что при использовании предложенного вмешательства необходимости в расширении операционного доступа не возникло. К тому же, клинических ларингоскопических признаков нарушений деятельности гортани и ротоглотки, стойкого гипопаратиреоза, кровотечений и воспалительных процессов в ране зафиксировано не было. В послеоперационном периоде нами выявлен 1 (2,5%) случай транзиторного гипопаратиреоза, который был купирован консервативными мероприятиями.

Выводы: Таким образом, для улучшения результатов хирургического вмешательства у больных с заболеваниями за грудиной расположенной щитовидной железы из шейного доступа необходимо соблюдение определенной и четкой этапности при мобилизации тиреоидной доли с раздельной перевязкой ветвей нижних и верхних щитовидных сосудов, визуализацией и выделением паратиреоидных желез, возвратного и, при необходимости, верхнего гортанного нерва. Именно вышеуказанные обстоятельства позволили достигнуть уменьшения количества интра и послеоперационных осложнений при необходимом объеме вмешательства, и тем самым дали возможность улучшить результаты хирургического лечения наблюдаемых больных.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ КОНЦЕПТ В ПОЛЬЗУ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА

Алиева М.Б., магистр 2 - курса

Научный руководитель: Ханкелдиева Х.К.

Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Знания особенностей детской психологии чрезвычайно важны в понимании формирования соматического и психического здоровья ребенка – подростка -взрослого.

В формировании заболеваний органов дыхания, имеющих психосоматический компонент, как этап развития болезни (например, бронхиальная астма (БА)) очень важно отчетливо представлять вклад в реализацию болезни вегетативной нервной системы и психологических особенностей ребенка.

С периода внутриутробного развития формируются особенности нервной системы ребенка. Неблагополучное течение беременности, неадекватное отношение матери и близких к здоровью малыша являются значимыми факторами в формировании и ранней манифестации генетически наследуемого заболевания.

Цель исследования. Оценка психосоматического концепта, механизмов психологической защиты у детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. Нами исследованы психологические особенности 50 больных в период ремиссии БА. Группу сравнения составили 20 подростков соответствующего возраста, пола, не имеющие аллергической отягощенности и признаков заболеваний на момент осмотра.

Для выявления факторов психологического риска, которые начинают воздействовать уже в период онтогенеза и способствуют возникновению и развитию психоэмоционального напряжения, влекущего формирование особенностей личности, мы проанализировали стрессогенные факторы у детей разных возрастных групп

Результаты исследования. Анализ эмоционально-личностных характеристик детей больных бронхиальной астмой позволит более полно изучить компоненты патологической психосоматической системы, что дает возможность оптимизировать мероприятия по профилактике и своевременной коррекции факторов, усугубляющих течение данного заболевания.

У детей, больных БА, структура эмоционально-личностных особенностей представлена устойчивым внутренним конфликтом, за счет акцентуированности противоположных личностных черт у одного и того же ребенка. Для подростка структура личности заключается в акцентуированности истероидных и (или) эпилептоидных черт в проявлении аутодеструктивных тенденций, подтверждающихся склонностью к алкоголизации.

Прогнозирование типов эмоционально-личностного реагирования, знание механизмов психологической защиты ребенка, больного бронхиальной астмой, делает возможным индивидуальный подход к терапии и запускает адаптационные механизмы развития полноценной личности, предупреждая возможные отклонения в критический период жизни.

Представленные результаты оценки функциональной асимметрии свидетельствуют о необходимости создания системы обучения, воспитания, условий труда и быта с учетом особенностей психической организации детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой.

Вывод. Известно, что персонализированная медицина основана на медицинском подходе к пациенту, который непосредственно затрагивает его индивидуальные особенности. Генетические факторы предрасположенности к бронхиальной астме, в частности, психофизиологические и чисто психологические, показывают важность комплексного подхода к диагностике и лечению, расширения теоретической базы врачей и привлечения специалистов других направлений. Мы считаем, что психосоматический подход для пульмонологов действительно осуществим в контексте сбора анамнеза - для этого вовсе не обязательно овладевать приемами психоанализа, достаточно поинтересоваться у пациента о строгости воспитания в семье и сделать соответствующий вывод о характере пациента, после чего решить вопрос о привлечении психотерапевта.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Алиева М.Б., магистр 2 курса

Научный руководитель: Ханкелдиева Х.К.

*Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Развитие бронхиальной астмы у подростков характеризуется фазовыми изменениями параметров вегетативного статуса. Обострение заболевания сопровождается преобладанием тонуса симпатического отдела ВНС, на фоне значительного снижения общих адаптационных возможностей организма и вегетативного обеспечения деятельности, которые являются патогенетической основой реакций дезадаптации в этот период и максимально выражены у больных тяжелой астмой и у пациентов, не получающих базисную терапию.

Психозмоциональный статус подростков с бронхиальной астмой характеризуется низкими показателями по шкале экстра-интроверсии, высокими - по шкале нейротизма, тревожности и алекситимии, более высокие уровни которых отмечаются у больных, имеющих тяжелое течение заболевания. Сопряженность психозмоциональных нарушений с синдромом вегетативной дистонии, изменениями церебральной гемодинамики - с одной стороны, и нарушениями легочной вентиляции-перфузии - с другой, подтверждает существенную роль психовегетативного синдрома в патогенезе бронхиальной астмы у подростков.

Цель исследования. Оценка эмоционально-личностных особенностей, механизмов психологической защиты у детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. Нами исследованы психологические особенности у 50 больных в период ремиссии БА. Группу сравнения составили 20 подростков соответствующего возраста, пола, не имеющие аллергической отягощенности и признаков заболеваний на момент осмотра.

Для выявления факторов психологического риска, которые начинают воздействовать уже в период онтогенеза и способствуют возникновению и развитию психозмоционального напряжения, влекущего формирование особенностей личности, мы проанализировали стрессогенные факторы у детей разных возрастных групп

Результаты исследования. У детей, больных БА, структура эмоционально-личностных особенностей представлена устойчивым внутренним конфликтом, за счет акцентуированности противоположных личностных черт у одного и того же ребенка. Для подростка структура личности заключается в акцентуированности истероидных и (или) эпилептоидных черт, в проявление аутодеструктивных тенденций, подтверждающихся склонностью к алкоголизации.

Общим признаком для больных детей и подростков в структуре эмоционально-личностного фона является доминирование показателей по шкалам агрессивности и тревожности.

У подростков, страдающих БА, доминирующими механизмами психологической защиты являются: отрицание неприемлемых событий или собственных качеств, а также гиперкомпенсация своих недостатков в сфере низкой самооценки.

У детей с БА определяются значительные отклонения в мнестической сфере в виде снижения объема кратковременной образной (35%) и вербальной памяти (62%) по сравнению со здоровыми детьми.

Для большинства больных (75%) характерно полное левополушарное доминирование, что свидетельствует о неэффективности их психофизиологической адаптации в стрессовых ситуациях.

Анализ эмоционально-личностных характеристик детей, больных бронхиальной астмой позволит более полно изучить компоненты патологической психосоматической системы, что дает возможность оптимизировать мероприятия по профилактике и своевременной коррекции факторов, усугубляющих течение данного заболевания.

Прогнозирование типов эмоционально-личностного реагирования, знание механизмов психологической защиты ребенка, больного бронхиальной астмой, делает возможным индивидуальный подход к терапии и запускает адаптационные механизмы развития полноценной личности, предупреждая возможные отклонения в критический период жизни.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Представленные результаты оценки функциональной асимметрии свидетельствуют о необходимости создания системы обучения, воспитания, условий труда и быта с учетом особенностей психической организации детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой.

Вывод. Таким образом, очевидна актуальность дальнейшего исследования нейровегетативных и психосоматических расстройств у подростков, страдающих БА. Своевременная диагностика и коррекция нейровегетативных нарушений являются необходимыми условиями успешной комплексной терапии, направленной на улучшение качества жизни подростков с бронхиальной астмой.

Несмотря на накопленный опыт в области изучения нейровегетативных изменений при бронхиальной астме, вопросы течения и прогноза этого заболевания у подростков с позиции психосоматических взаимоотношений остаются неисследованными.

Мало изученной представляется характеристика изменений нейровегетативного статуса подростков с бронхиальной астмой на фоне медикаментозной и немедикаментозной терапии.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРИКОЗУРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Аллатов Б.М., Абдираупова Н.А. – студент 3 курса медико профилактического факультета

Научный руководитель: Гаппарова Г.Н. ассистент кафедры общей гигиены и экологии

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность темы: В настоящее время диабет находится на переднем крае детской педиатрической эндокринологии, а осложнения, связанные с заболеваемостью, инвалидностью и осложнениями, приводят к снижению продолжительности жизни пациентов. По данным Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость диабетом в мире удваивается каждые 10-15 лет, а продолжительность жизни пациентов ниже, чем среди населения в целом. У детей с диабетом 1-го типа (диабет 1-го типа) заболевание является вариабельным, часто с декомпенсацией, и приводит к более ранним осложнениям, таким как микроангиопатия, что говорит о том, что заболевание является важной медицинской, социальной и экономической проблемой современного общества.

Цель исследования: изучить клинко-лабораторные особенности урикозурической нефропатии у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования: 50 пациентов с сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 6 до 16 лет, 28 мальчиков и 22 девочки. Контрольную группу составили 20 пациентов с сахарным диабетом 1 типа, у которых не было гиперурикемии, гиперурикоза, протинурии, то есть нормального анализа мочи. Десять здоровых детей этого возраста были исключены из нормализованного семейного анамнеза (КТ, метаболический синдром). Средняя заболеваемость составляет $3,24 \pm 0,8$ года, что означает, что продолжительность заболевания, несомненно, недостаточна для развития диабетической нефропатии. Заболевание было переменным у 6 детей 2 раза в год, а у остальных 1-2 раза в год с относительно стабильной декомпенсацией. В больнице все пациенты, перенесшие углеводную декомпенсацию, были выявлены у 12 пациентов (24%).

Результаты исследования: Специфического кетоза во время специального обследования не наблюдалось. Согласно суточному гликемическому профилю, средняя суточная гликемия составляла от 3,2 до 14,1 ммоль / л, со средним значением $8,4 \pm 2,4$ ммоль / л. Согласно суточному гликемическому профилю, средняя суточная гликемическая концентрация составляла от 2,5 до 28,1 ммоль / л, в среднем $13,29 \pm 4,8$ ммоль / л.

Вывод: приведенные выше исследования предполагают, что некоторые вещества при нефропатии вызваны диабетом; повышение уровня кальция, фосфора, аммиака, клиренса креатинина, снижение реабсорбции воды, уратных и оксалатных солей в моче. Это, в свою очередь, приводит к усилению симптомов кашля и увеличению заболеваемости. Учитывая тип заболевания, дисметаболические изменения трудно прекратить, но мы можем заключить, что диетической медико-временной корректировки можно избежать своевременно.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ

Анваржонов Ш.У., студент 2-курса лечебного факультета

Научный руководитель: Касимова Г.З. -Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Антигистаминные средства – это лекарственные средства, полностью или частично угнетающие действие гистамина. Гистамин является одним из важнейших медиаторов различных физиологических и патологических процессов в организме, в т. ч. аллергических реакций.

Освобождение гистамина из гранул тучных клеток происходит под действием различных физических и химических раздражителей, но наиболее активно – при взаимодействии аллергена с антителами на поверхности тучных клеток.

Гистамин, высвобождаемый тучными клетками в ходе аллергических реакций, взаимодействует преимущественно с H1-рецепторами. Повышение его концентрации вызывает спазм гладких мышц и бронхов, расширение кровеносных сосудов, увеличение проницаемости сосудистой стенки, выход плазмы из сосудистого русла, отек тканей, снижение артериального давления и т. д.

Цель исследования: выявление и анализ структуры назначений АГП для фармакотерапии АЗ у детей в условиях специализированного аллергологического стационара.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явилось назначение АГП пациентам в возрасте от 1 месяца до 18 лет.

Результаты исследования. Возрастные группы сформированы в зависимости от показателей биологического возраста, включающих: размеры тела и органов, массу тела, окостенение скелета, прорезывание зубов, развитие желез внутренней секреции, степень полового созревания, мышечную силу. Переход от одного возрастного периода к последующему обозначают как переломные этапы индивидуального развития или критические периоды, что является одним из факторов развития или проявления того или иного аллергического заболевания.

В ходе анализа историй болезни было установлено, что почти в 90% случаев пациентам были назначены АГП (n = 289).

На период исследования характер заболеваний, при которых детей направляли на лечение в аллергологический стационар, отражен в табл. 1. Лидирующее положение в данном списке занимают аллергический ринит, бронхиальная астма, поллиноз и крапивница.

При анализе структуры заболеваний также было выявлено, что только в 30% случаев в окончательном диагнозе фигурирует одно заболевание. Почти 70% выборки составляют пациенты с несколькими АЗ.

При анализе фазы заболеваний, при которых назначались АГП, было отмечено, что в большинстве случаев (99,4%) АГП прописывались при обострении того или иного заболевания. Значительно реже врачи-аллергологи-иммунологи назначали АГП в период ремиссии (3,7%) и с профилактической целью (0,3%).

В ходе анализа данных была сформирована структура назначений АГП. Всего выявлено 449 назначений изучаемой группы препаратов, при этом 60% – как рекомендация при выписке, и только в 40% случаев АГП назначались в период нахождения пациента на стационарном лечении.

Вывод. Таким образом, при стационарном лечении преобладают назначения лоратадина различных торговых марок, клемастина (тавегил) и хлоропирамина (супрастин).

При выписке лидирующее положение в назначениях занимают препараты более высокой ценовой категории, но и отличающиеся повышенной эффективностью в виду большего сродства к H1-гистаминовым рецепторам.

ВЛИЯНИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЗАКАЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТОБОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Анваржонов Ш.У., студент 2-курса лечебного факультета

Научный руководитель: Касимова Г.З. - Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В современное время на здоровье детей и подростков влияет целый комплекс неблагоприятных факторов, среди которых, различные загрязнители внешней среды (ксенобиотики, тяжелые металлы, радионуклеиды), нерациональное питание, недостаточность витаминов и микроэлементов в пищевом рационе, частые психоэмоциональные стрессы, социальная и экономическая нестабильность семьи.

С условиями обучения детей в школах, связано множество так называемых «школьных факторов риска», основными из которых являются гиподинамия, гипокinezия, значительный рост интенсивности образовательного процесса, сопровождающиеся низкой двигательной активностью, увеличением стрессовых воздействий и перегрузкой учащихся.

В последние годы, все чаще приходится сталкиваться с проблемой частых рецидивирующих респираторных инфекций у старших детей и у подростков. Согласно литературным данным, среди всех часто болеющих детей 20-59% составляют дети дошкольного и младшего школьного возраста, наиболее часто группа часто болеющих детей выявляется в раннем и дошкольном возрасте, составляя в этом случае от 50% до 75%.

Цель исследования. Изучить влияние комплекса закалывающих мероприятий на острую заболеваемость детей дошкольного возраста.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материалы и методы исследования. В июле-августе 2019 г. среди родителей детей, посещающих ДОУ более 1 года, было проведено анкетирование по вопросам приверженности к проведению закаливающих мероприятий для детей.

Результаты исследования. По результатам проведенного 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, проводимых в течение всего наблюдаемого периода. Оценка частоты острых респираторных заболеваний (ОРЗ), продолжительности заболевания, частоты тяжелого течения заболевания проводилась 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 наложения 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. Благодаря адаптации в организме поддерживается постоянство внутренней среды, формируются резервные возможности организма для жизнедеятельности. Закаливание организма оказывает общеукрепляющее действие на организм, повышает тонус иммунной, центральной нервной систем, улучшает кровообращение, нормализует обмен веществ.

Основными принципами проведения закаливающих процедур у детей является проведение их в период полного здоровья, систематичность и последовательность применения, необходимость учета индивидуальных особенностей и только при положительном эмоциональном настрое.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Анваржонов Ш.У., студент 2-курса лечебного факультета

*Научный руководитель: Касимова Г.З. - Кафедра пропедевтики детских болезней и
поликлинической педиатрии*

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальность проблемы артериальной гипертензии (АГ) у детей и подростков не вызывает сомнений. Это связано с высокой распространенностью и возможностью трансформации АГ в ишемическую и гипертоническую болезни. Очевидно, что сложности, связанные с диагностикой и лечением артериальной гипертензии у подростков, обусловлены, с одной стороны, многогранностью самой проблемы АГ, а с другой - определяются спецификой подросткового возраста.

В настоящее время известно, что дебютом формирования гипертонической болезни являются функциональные нарушения, к которым на поздних стадиях заболевания присоединяются органические.

Метод дисперсионного картирования электрокардиограммы (ЭКГ) имеет хорошие показатели по чувствительности к метаболическим изменениям в миокарде любого генеза, а также в отношении преходящих функциональных нарушений, являющихся предвестниками патологии

Цель исследования. На основании анализа дисперсионного картирования ЭКГ выявить возможность использования этого метода в качестве диагностики вегетативной регуляции и состояния миокарда при АГ у детей подросткового возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 279 пациентов в возрасте от 12 до 18 лет. Подростки были распределены на 3 группы пациентов. Основная группа (199 чел.) - дети с верифицированным диагнозом первичной АГ. Группа сравнения включала в себя 30 человек с синдромом вегетативной дисфункции (СВД) без АГ, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неинфекционного генеза. Контрольная группа состояла из 50 здоровых детей подросткового возраста, имеющих 1 и 2 группы здоровья, с отсутствием признаков СВД, без отягощенной наследственности по сердечно - сосудистым заболеваниям и не имеющих факторов риска по развитию АГ.

Результаты исследования. Гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), формирующаяся под влиянием высокого артериального давления, с помощью стандартной ЭКГ не выявлена. По данным Эхо-КГ достоверных признаков гипертрофии ЛЖ в виде превышения 99-го перцентиля индекса (в г/м²,7) массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) не обнаружено. Однако у 40,0% подростков, страдающих АГ, значения индекса ММЛЖ находились в пределах между 95-м и 99-м перцентилями.

При сравнении трех групп количественных данных индекса «Миокард», не подчиняющихся закону нормального распределения, с использованием критерия Краскела-Уоллиса статистически значимых различий не выявлено (H=1,051; df=2; p=0,591). Это можно объяснить отсутствием у подростков

заболеваний, характеризующихся клинически выраженными ишемическими изменениями в миокарде, по данным полного клинико-инструментального обследования.

Однако обращает на себя внимание значительный размах значений индекса микроальтернаций «Миокард» в группе пациентов с АГ, как показал дальнейший анализ, обусловленный пациентами, у которых стабильная АГ (от 7 до 97). Стабильная форма АГ у подростков характеризуется длительным стажем заболевания, индексом времени гипертензии по данным СМАД более 50% и поражением органов-мишеней (начальные признаки формирования гипертрофии ЛЖ). Это дает нам право предполагать, что патологические значения показателя «Миокард» по результатам дисперсионного картирования ЭКГ появляются прежде клинических проявлений нарушения электрофизиологических свойств миокарда и изменений на стандартной ЭКГ у подростков с АГ.

Анализ соотношения нормальных (<15%), пограничных (от 15 до 25%) и патологических (>25%) значений индекса микроальтернаций «Миокард» в группе пациентов с АГ, референтной и контрольной группах статистически значимых различий не выявил. Дальнейшее изучение качественных данных показателя «Миокард» обнаружило, что наибольшая доля патологических значений (14,8%) отмечена у пациентов со стабильной формой АГ. Необходимо отметить, что в исследовании возможностей дисперсионного картирования ЭКГ у взрослых с гипертонической болезнью значения индекса микроальтернаций «Миокард» были достоверно выше в группе с гипертрофией ЛЖ (по данным стандартной ЭКГ и Эхо-КГ), чем в контрольной группе.

Вывод. Таким образом, мы рекомендуем использование дисперсионного картирования ЭКГ при массовых профильных осмотрах у детей подросткового возраста для формирования группы риска по развитию артериальной гипертензии.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ

*Араббоев А. - студент 208-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Кадиров Х.С. -Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Врожденные пороки развития (ВПР) принадлежат к числу актуальных проблем педиатрии. Для педиатрической пульмонологической клиники чрезвычайно важен вопрос о пороках развития лёгких (ВПРЛ), которые по данным разных авторов составляют 1,4 - 78% в структуре причин хронических воспалительных заболеваний бронхолегочной системы. Разброс статистических данных обусловлен отсутствием единой классификационной схемы ВПРЛ, трудностями дифференциальной диагностики врожденной и приобретенной патологии, особенно на фоне выраженного воспалительного процесса.

Методы исследования. В последние годы ВПРЛ стали чаще выявляться на пренатальном этапе методом ультразвукового исследования (УЗИ) плода с 20 недель гестации. Однако диагностированные при УЗИ пороки легких у плода нередко являются поводом для необоснованного прерывания беременности. Прогноз и тактика ведения при ВПРЛ неоднозначны и требуют тщательного обследования плода и новорожденного.

Цель исследования. На основе изучения клинико-эпидемиологических особенностей врожденных пороков развития легких, перинатальных и отдаленных исходов обосновать тактику ведения пациентов.

Результаты исследования. Риск формирования ВПРЛ ассоциирован с влиянием неспецифических факторов: отягощенность по генеалогическому анамнезу (случаи врожденной и наследственной патологии у родственников ($p=0,019$)), профессиональные вредности ($p<0,05$), наличие вредных привычек у женщины (употребление алкоголя и никотиновая зависимость на ранних сроках беременности ($p=0,011$)).

Наиболее благоприятными для жизни являются кистозные пороки и гипоплазия легкого, которые имеют относительно высокую выживаемость в сравнении с другими ВПРЛ (92,8 % и 10%, $\chi^2=6,274$, $p=0,000$). Смертность детей с ВПРЛ преимущественно связана с наличием МВПР (68,2%, $\chi^2=6,128$, $p=0,000$).

В 77,3% случаев ВПРЛ дебютируют в течение периода детства с максимумом клинических проявлений в неонатальном периоде (44,3%). Однако доля бессимптомных случаев составляет 22,7%. Основными клиническими проявлениями ВПРЛ в неонатальном периоде являются респираторный дистресс (67,4%), пневмония (48,8%) и диспноэ (18,6%). В раннем возрасте пороки легких дебютируют преимущественно клиникой бронхообструктивного синдрома и повторных респираторных инфекций (100%). У детей старшего возраста пороки легких проявляются повторными респираторными инфекциями (43%) либо дебютируют остро признаками спонтанного пневмоторакса (50%).

Доля детей с нарушениями физического развития в группе ВПРЛ составляет 43,8%, что достоверно чаще, чем в группе здоровых детей (26%) ($\chi^2=3,321$, $p=0,000$). Чем раньше происходит клинический дебют порока, тем более выражена декомпенсация нервной системы и ниже резистентность организма в условиях заболевания ($p=0,002$).

Исследование в динамике функции внешнего дыхания методами КБФГ и флоуметрии спокойного дыхания позволяет оценить степень компенсации патологического процесса у детей с ВПРЛ в раннем возрасте, в том числе при бессимптомном течении, а также определить динамику заболевания соответственно предложенным стадиям течения ВПРЛ.

Обоснован алгоритм ведения пациентов детского возраста с ВПРЛ. На основании оценки факторов риска разработаны критерии прогнозирования формирования и тяжелого течения ВПРЛ у детей. Установлено, что результаты оперативного лечения пациентов на стадии субкомпенсации заболевания превышают результаты оперативного лечения пациентов с признаками декомпенсации патологического процесса. Дальнейшее динамическое наблюдение за пациентами предполагает динамический контроль стандартных показателей спирографии, а также относительного времени пикового потока на выдохе методом флоуметрии и АКРД в высокочастотном диапазоне методом бронхофонографии (для детей раннего возраста).

Вывод. Представленные данные о частоте, структуре и перинатальных исходах ВПРЛ необходимы для организации помощи больным, разработки тактики ведения беременности, а также детей в постнатальном периоде при выявлении у плода данной патологии.

Разработанная балльная шкала прогнозирования риска формирования и тяжести клинического течения ВПРЛ способствует повышению качества, своевременности диагностики и формированию адекватной тактики ведения детей с данной патологией.

Обоснована необходимость ранней диагностики и своевременной хирургической коррекции ВПРЛ для снижения риска смертности, инвалидизации и повышения качества жизни ребенка. Разработанный алгоритм ведения детей с ВПРЛ будет способствовать улучшению показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

*Араббоев А., студент 208-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Кадиров Х.С. -Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Гломерулонефрит у детей – острое или хроническое воспаление почечных клубочков инфекционно-аллергической природы. Для острого гломерулонефрита детей характерна триада синдромов: мочевого (олигурия, анурия, гематурия, протеинурия), отечный и гипертензивный; при хронических формах преобладает один из них или латентное течение. Диагноз гломерулонефрита у детей основан на данных анамнеза, характерной клинической картине, лабораторных показателях, УЗИ и пункционной биопсии почек. В остром периоде гломерулонефрита у детей назначается постельный режим, диета, антибиотикотерапия, кортикостероиды, антикоагулянты, мочегонные, гипотензивные и иммуносупрессивные препараты.

Цель исследования. Изучить факторы риска, особенности клинико-лабораторной картины и характер течения ОГН у детей.

Материалы и методы исследования. Диагноз острый первичный гломерулонефрит (ОГН) у 52 обследованных детей устанавливали на основании комплекса общеклинических, биохимических, иммунологических, инструментальных исследований, анкетирование родителей, изучение амбулаторной карты больных.

Результаты исследования. Факторы риска развития ОГН: отягощенная наследственность, хронические очаги инфекции, гельминтозы. Развитию ОГН предшествовала инфекция верхних дыхательных путей в 79% случаев.

Поводом для обращения к врачу стали появление отеков, нарушение диуреза, изменение цвета мочи. Отеки наблюдались у всех больных детей, выраженные отеки были у 32% детей, длительность отеков до 8-12 дней.

Повышение артериального давления отмечалось у 31,5% больных, как правило, с первых дней болезни, достигалось в среднем $139,5 \pm 1,3$ мм рт.ст. систолическое и $95,5 \pm 0,91$ мм рт. ст. диастолическое, сохранялось 4–7 дней у 64%, более 8 дней - у 36% детей. Макрогематурия до 1–7 дней имела место у 40 (78%) детей, микрогематурия была как доминирующим симптомом на протяжении болезни, у отдельных больных сохранялась до 2-4 месяцев. Протеинурия отмечалась у 2/3 больных, выраженная протеинурия наблюдалась чаще у детей дошкольного возраста. Почти у половины детей с ОГН в осадке мочи определялись лейкоциты, что в сочетании с другими нарушениями функции канальцев, оксалурией и уратурией, свидетельствуют о тубулоинтерстициальном компоненте ОГН. Азотемия отмечена у 15,5%, но без повышения уровня и креатинина. У детей с азотемией чаще отмечалась и АГ, и выраженная олигурия, и признаки гиперкоагуляции (повышение фибриногена, протромбина).

Вывод. ОГН может развиваться после вирусных и бактериальных инфекций, а не только после ангины; чаще развивается в младшем школьном возрасте; дети с АГ чаще имеют и азотемия, и признаки гиперкоагуляции; часто наблюдается тубулоинтерстициальный компонент ОГН.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

*Араббоев А., студент 208-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Кадиров Х.С. -Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Болезни легких занимают одно из первых мест в системе заболеваемости и смертности новорожденных и грудных детей. С неонатальным периодом связано развитие такой патологии как бронхолегочная дисплазия (БЛД), которая формируется преимущественно у недоношенных детей, имеет хроническое течение и может стать причиной отдаленной летальности от легочных причин.

Цель исследования. Установить клинические, морфологические, биохимические и функциональные особенности различных форм бронхолегочной дисплазии у детей грудного возраста и оценить эффективность немедикаментозного метода лечения в комплексной терапии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач в период с 2019 по 2021гг. обследовано 299 недоношенных детей раннего возраста. Из них 235 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.), находящихся на стационарном лечении в отделении раннего возраста города Андижан.

Результаты исследования. Статистически значимыми факторами риска развития бронхолегочной дисплазии независимо от формы заболевания являются маловодие или многоводие, длительный безводный промежуток, задержка внутриутробного развития в антенатальном периоде; респираторный дистресс-синдром, пневмония, анемия в неонатальном периоде. Для новой формы имеет значение течение беременности на фоне гестоза и ОРВИ, родоразрешение путем кесарева сечения, асфиксия в родах. При классической БЛД факторами риска являются преждевременная отслойка плаценты, задержка внутриутробного развития плода и гипотрофии в неонатальном периоде.

Дети с новой формой БЛД имеют меньший срок гестации, меньшую массу тела при рождении, более низкую оценку по шкале Апгар на 5 минуте, гипопроотеинемия по данным биохимического анализа крови и более часто встречающийся открытый артериальный проток, чем дети с классической формой.

Классическая форма БЛД морфологически характеризуется преобладанием альвеол меньшего размера с поврежденными альвеолоцитами и утолщенными межальвеолярными перегородками за счет выраженного фиброза. В новой форме БЛД фиброз слабовыраженный, преобладают увеличенные в размерах альвеолы неправильной формы с нормальным строением, межальвеолярные перегородки истончены.

Течение бронхолегочной дисплазии у детей сопровождается дисбалансом в системе "перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты". Наблюдаются высокие показатели прооксидантной и низкие антиоксидантной активности. Повышено содержание про- (IL-1b, TNF- α) и противовоспалительных цитокинов (IL-4), трансформирующего фактора роста- β (TGF- β), в сравнении со здоровыми детьми. Баланс про- и противовоспалительных цитокинов смещен в сторону IL-4.

У детей с бронхолегочной дисплазией выявлено нарушение бронхиальной проходимости на всех уровнях бронхов методом бронхофонографии. Степень выраженности вентиляционных нарушений зависит от формы и степени тяжести заболевания. Наблюдается преимущественное поражение средних и мелких бронхов при классической форме и крупных при новой форме БЛД.

Вывод. Стандартная медикаментозная терапия в течение 10 дней приводит к снижению клинического индекса в 2 раза и умеренному снижению показателей акустической работы дыхания во всех частотных диапазонах. Включение в комплекс терапии детей с БЛД электромагнитного излучения сантиметрового диапазона нетепловой интенсивности аппарата "Астер" способствует уменьшению клинического индекса в 5 раз и полностью купирует бронхообструктивный синдром по данным бронхофонографии к 10 дню лечения.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Арипов Ф., студент 3-курса фармакологического факультета
Научный руководитель: Умарова М.М.
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Рак поджелудочной железы в настоящее время является наиболее часто встречающимся злокачественным новообразованием у женщин с ежегодно увеличивающимися показателями заболеваемости.

Цель исследования заключалась в оценке непосредственных и отдаленных результатов лекарственного лечения больных местно-распространенным раком поджелудочной железы.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 42 больных, которым за период с 2016 по 2018 г. проводилось лекарственное лечение по поводу местно-распространенного рака поджелудочной железы.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют о низкой эффективности лекарственных режимов при местно-распространенном раке поджелудочной железы.

Сравнивая результативность лечения в каждой группе, мы отметили, что объективный эффект, его средняя продолжительность и время до прогрессирования были приблизительно одинаковыми, а процент клинического улучшения в группе больных, получивших комбинированную терапию, был выше, чем в группе больных, получивших монотерапию.

Анализ отдаленных результатов лечения позволил выявить, что медиана времени до прогрессирования и средняя продолжительность жизни в обеих группах были приблизительно одинаковыми. Результаты лекарственного лечения больных местно-распространенным раком поджелудочной железы остаются неудовлетворительными, что позволяет искать новые методы лечения больных с этой патологией.

Результат. Монохимиотерапия (n = 18), комбинированная химиотерапия (n = 24), желудочно-кишечный дискомфорт 32 76,1, болевой синдром 24 57,1, гипербилирубинемия 6 14,2, снижение массы тела, слабость, недомогание 40 95,2, сахарный диабет 3 7,1, одышка 1 2,3. Оценка по шкале Карновского (60/70/80/90) 1/9/25/7 2,3/21/59/16,6. Похудание и истощение было одним из основных симптомов РПЖ, который отмечен у 88% больных. У отдельных больных снижение массы тела составляло несколько кг в течение 1, 2 мес. от начала заболевания. Слабость и общее недомогание имелись у 95% пациентов, 10- 15% пациентов вынуждены были проводить более 50% времени в постели. У 3 больных раком тела и хвоста ПЖ диагностирован сахарный диабет, обусловленный опухолевым поражением островкового аппарата ПЖ, клинически характеризовался жаждой, полиурией, частым кожным зудом. У 6 больных на момент начала лечения отмечалась гипербилирубинемия, обусловленная механической компрессией желчных путей.

Эффективность лечения. Для оценки эффективности лечения все больные были разделены на 2 группы (табл. 3). В 1-ю группу были объединены больные, которым проводилась монохимиотерапия гемцитабином (n = 18), во 2-ю группу больные, получившие комбинированную терапию (n = 24). Комбинированная химиотерапия включала комбинации гемцитабина с капецитабином и митомицином, митомицина с 5-фторурацилом и фолином кальция. В 1-й группе эффективность лечения оценена у 17 больных. Полная регрессия опухоли отсутствовала, частичная регрессия зарегистрирована у 4 (23,5%), стабилизация проявлений заболевания у 11 (64%), прогрессирование у 2 (11,7%). Средняя продолжительность частичного ответа составила 26 нед., стабилизации 25 нед. Максимальная продолжительность эффекта достигала 36 нед, стабилизации 45 нед, среднее время до прогрессирования 24 нед. абс. % абс. %

Вывод. Таким образом, результаты лекарственного лечения больных местно-распространенным РПЖ остаются неудовлетворительными, что позволяет искать новые методы лечения этой патологии: комбинированное лечение, применение новых биологических препаратов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ

Асрарова З.Д.- студентка

*Научный руководитель: Каримова З.К., доцент кафедры микробиологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Сегодня внимание всего мирового сообщества приковано к одной общей проблеме — распространению новой коронавирусной инфекции COVID-19 (Coronavirus Disease 2019). Вирусные заболевания не знают границ. В настоящее время вслед за вспышкой коронавирусной инфекции 2019 года (COVID-19) заболевание лавинообразно распространяется по всему миру и обнаруживает многочисленные эпицентры.

Целью нашей работы было изучить особенности клинического течения коронавирусной инфекции COVID-19 у детей

Материалы и методы. Обследовано 27 больных с коронавирусной инфекцией у детей, от 9 до 17 лет, на базе Республиканской специализированной больницы №1-Зангиота. Лабораторная диагностика специфическая: 1.Выявление РНК 2019-nCoV методом ПЦР. 2. Выявление иммуноглобулинов классов А, М, G (IgA, IgM B IgG) к SARS-CoV-2 (в том числе к рецептору связывающему домену поверхностного гликопротеина S).

Результаты и их обсуждение. Проведено клиническое наблюдение и обследование 37 детей в возрасте от 9 лет до 17 лет, мальчики 16(59,26%), девочки 11(40,74%). Суммарно распределение всех клинических случаев по тяжести течения было следующим: в 11(40,74%) случаев наблюдалось "легкое" течение без каких-либо симптомов пневмонии, еще у 14(51,85%) детей имелись "умеренные" проявления, т.е. средней степени тяжести с симптомами вирусной пневмонии. В 2(7,41%) случаев было необходимо проведение лечения в условиях отделения интенсивной терапии с подключением аппарата искусственной вентиляции легких, что предотвратило развитие летальных исходов. Клинические проявления Covid-19 у

детей проявлялись - повышением температуры, которое наблюдалось до 37,5°C у 16(59,26%) детей, до 37,5-39°C у 11(40,74%) детей, кашель — несколько реже 13(48,15%). Головная боль отмечалась у 5(18,52%). Остальные клинические проявления заболевания, такие как слабость, встречались у 2 детей (7,41%), миалгия у 4(14,81%) и одышки у 3(11,11%). Результаты исследования показали, что у детей, больных COVID-19 выявлены нарушения обоняния, anosmia 2(7,41%). В историях переболевших пациентов видно, что расстройство работы желудочно-кишечного тракта выявлялось иногда первым симптомом коронавируса 10(37,04%), иногда же, тошнота 2(7,41%), рвота 3(11,1%) и боли в животе 1(3,7%), диарея развивались в процессе болезни на 3-5 день 3(11,1%). Наиболее характерными признаками такой диареи являются: частота 4-6 раз в сутки, слизистый характер выделений без прожилок крови и зелени, отсутствие сильных болей в животе. Результаты исследования показывают следующий порядок развития симптомов COVID-19: жар, кашель, мышечные боли, тошнота или рвота и понос, причём тошнота и рвота появлялись при COVID-19 раньше диареи. Эти симптомы могли длиться только один день. У некоторых детей с COVID-19 диарея и тошнота появлялись до развития лихорадки и респираторных симптомов».

Выводы. Таким образом результаты исследования показали, течение COVID-19 у детей имеет ряд специфических черт, в частности заболевание часто протекает бессимптомно или с невыраженной клинической картиной. Дети COVID-19 с пищеварительными симптомами имеют худший клинический исход и более высокий риск тяжёлого течения по сравнению с теми, кто не имеет пищеварительных симптомов, что подчеркивает важность учета таких симптомов, как диарея, чтобы заподозрить COVID-19 на ранних стадиях заболевания до развития респираторных симптомов.

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЯМИ

Ахмаджонов Р.С., магистр 1 курса

*Научный руководитель: Юлдашева Н.Э. -Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на возросший интерес врачей к решению проблем железодефицитной анемии (ЖДА) и железодефицитных состояний, до сих пор данная нозология является самой распространенной патологией в мире после респираторных вирусных инфекций.

В настоящее время общепризнано, что ЖДА является универсальным «интердисциплинарным» клиничко-лабораторным феноменом, с которым сталкиваются врачи всех специальностей.

Цель исследования. Оценить диагностическое и прогностическое значение нарушений периферического звена эритрона в патогенезе геморрагического синдрома у больных тромбоцитопениями.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 70 пациентов. Из них 50 – ЖДА с тромбоцитопениями. 20 наблюдаемых составили группу контроля ЖДА различной этиологии.

Результаты исследования. Синдром анемии выявляется у 35,5% больных геморрагическими гемостазиопатиями. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре, геморрагических тромбоцитопатиях, геморрагическом васкулите, гемофилии преобладает хроническая анемия умеренной степени тяжести. При наследственной геморрагической телеангиэктазии встречается анемический синдром преимущественно тяжелой степени, железодефицитное состояние выявляется у 25% пациентов, из них у 34% - латентный дефицит железа. Основными формами анемии при геморрагических гемостазиопатиях являются железодефицитная 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-дефицитная анемия.

У больных геморрагическими гемостазиопатиями при отсутствии анемии отмечается тенденция к снижению цветового показателя 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 сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, большей активностью фибринолиза и гипокоагуляционными сдвигами плазменного звена в виде удлинения активированного времени рскальцификации и активированного парциального тромбопластического времени. Выявленные нарушения прогрессируют по мере нарастания степени тяжести анемии.

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.

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. Лечение ЖДА, ЖДС, поддерживающая терапия, профилактические мероприятия могут осуществляться любыми лекарственными формами, что обеспечивает высокий комплаенс к проводимой терапии. Также возможен переход с одной лекарственной формы на другую.

Отсутствие зависимости от приема пищи является важным аспектом во время лечения не только у беременных женщин, но и в послеоперационном периоде у гинекологических больных. Кроме того, у данного лекарства есть преимущество и с точки зрения безопасности его хранения в доме, где есть дети.

Таким образом, принимая во внимание хорошую переносимость, низкую токсичность и высокую степень утилизации неионизированного, макромолекулярного, водорастворимого железа из ГПК у больных анемией, можно считать его оптимальным препаратом для лечения различных железодефицитных состояний.

ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ахмедова Д., студентка 333-группы лечебного факультета

*Научный руководитель: Рахимов Х.Х. -Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. При любых формах ИБС ишемия миокарда возникает вследствие дисбаланса между доставкой кислорода и потребностью миокарда в нем, который в случае стабильной стенокардии обусловлен ограничением коронарного кровотока из-за критического коронарного стеноза. Уже давно было установлено, что вазодилатирующие и вазоконстрикторные стимулы могут существенно изменить состояние тонуса коронарных артерий, “внося” дополнительный динамический стеноз к уже имеющемуся фиксированному. Однако только относительно недавно стало известно, что решающую роль в этом процессе играет эндотелий, как регулятор сосудистого тонуса, причем его дисфункция является начальным этапом развития атеросклеротического процесса, даже до появления атеромы.

Цель исследования. Изучить пути коррекции нестабильной стенокардии с метаболическими нарушениями.

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 морфофункциональные 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%. 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%.

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 липоцитоктинов.

Вывод. 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.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Ахмедова Д., студентка 333-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Рахимов Х.Х. - Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на то, что нестабильная стенокардия (НС), как одно из наиболее распространенных, но слабо предсказуемых клинических проявлений ишемической болезни сердца (ИБС), изучается уже более 50 лет, эта форма стенокардии и сегодня относится к числу актуальных проблем кардиологии.

По современным представлениям НС, наряду с инфарктом миокарда без зубца (мелкоочаговый инфаркт) и крупноочаговым инфарктом, входит в единое понятие «острый коронарный синдром» (ОКС). Это свидетельствует об ее опасности для здоровья и жизни пациента, в то же время, в структуре ОКС эта форма ИБС, как никакая другая, позволяет с большей долей вероятности предупредить ближайшие и отдаленные неблагоприятные исходы.

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. Хотя эти методики позволяют оценить распространение пациентов с ангинозным синдромом в популяции, точный диагноз истинной стенокардии (т.е. болевой синдром в грудной клетке, вызванный изменениями венечных артерий) требует документированного подтверждения ишемии миокарда в связи с ограниченной точностью симптомов - предикторов заболевания венечных артерий.

Несколько исследований в различных когортах больных показало, что ежегодный уровень неосложненной стенокардии составляет около 0,5% у жителей западных стран в возрасте старше 40 лет, хотя географические колебания очевидны. Например, частота встречаемости стенокардии составила 0,54% в Белфасте (Северная Ирландия) и только 0,26% во Франции. Такая географическая вариабельность также была подтверждена в недавних исследованиях, показывающих, что частота встречаемости стенокардии соответствует уровню смертности от ИБС. В целом, картина может выглядеть так: в большинстве европейских стран каждый год появляется от 20 000 до 40 000 новых больных стенокардией. Распространение стенокардии возрастает с возрастом среди обоих полов. В возрасте 45-54 лет частота встречаемости стенокардии составляет около 2-5%, тогда как в возрасте 65-74 лет - 10-20%.

Распространенность хронической формы ИБС, однако, значительно больше и обусловлено частым отсутствием болевого синдрома у больных со стабильной или стабилизированной ИБС. Интересно, что распространенность стенокардии на протяжении нескольких десятилетий и в разных странах мира представляется несколько более высокой среди женщин, чем среди мужчин, со средним соотношением 1,2.

Эти данные относятся к оценке только симптомов, тогда как определенный диагноз обструктивного атеросклеротического поражения коронарного русла среди больных стенокардией устанавливается чаще у мужчин, чем у женщин. Действительно, среди больных с загрудинными болями, подозрительными на ишемию миокарда, которым выполняется коронароангиография, 10-30% имеют нормальные или почти нормальные (мало измененные) венечные артерии. 70-80% среди них женщины.

Вывод. Некоторые исследования дают основания предполагать, что стенокардия ассоциирует с одинаковым риском развития сердечно - сосудистых у мужчин и женщин, однако исследование WISE показало, что риск основных коронарных событий (ВСС, острый ИМ) ниже у женщин со стенокардией без обструктивного поражения венечных артерий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОСТАГЛАНДИНА ДЛЯ СОЗРЕВАНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Арипова М. магистр 1 курса
Научный руководитель: PhD Ахмаджанова Г.М., 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время установлено, что эффективность родовой деятельности зависит от степени подготовленности организма женщины к родам.

Целью нашего исследования явилось изучение результатов применения гландина Е для подготовки шейки матки к родам.

Проводился ретроспективный анализ 25 историй родов у женщин, которым с целью подготовки шейки матки к родам назначали гландин Е в виде свечи во влагалище.

Показаниями к введению гландина явилось неговность шейки матки к родам т е незрелая шейка матки по Бишоп.

Перед назначением препарата проводилась оценка степени зрелости шейки матки по балльной шкале

Бишопа: с «незрелой» шейкой было 20 женщин, с созревающей шейкой - 5 беременных. Через 6 часов с момента ведения свечи во влагалище в 19 случаях развилась регулярная родовая деятельность с динамикой родовых путей, соответствующей первому периоду родов. в 6 случаях было повторное ведение гландина через 24 часа

Через естественные родовые пути завершилось 15 родов. Оперативным путем родоразрешено 4 беременных, роды которые были осложнены акушерской патологией.

Все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии. Случаев родового травматизма среди новорожденных и родильниц не было.

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ БОЛЕЗНЯХ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ

Выполнил: Ахмедов М, клинический ординатор

*Научный руководитель: Саматов У.А., Кафедра госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Онкологические заболевания, объединенные в группу гемобластозов, входят в число наиболее распространенных форм опухолей. В связи с возрастающей значимостью микробной экологии человека в поддержании его гомеостаза существенное значение приобретает изучение состояния микробиоценоза слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования. Разработать научно обоснованные критерии для ранней диагностики острых лейкозов и злокачественных неходжкинских лимфом, основанные на изучении характерных клинических особенностей слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач были обследованы 104 первичных больных обоего пола, возраст которых варьировал от 17 до 76 лет, из них с диагнозом «острый нелимфобластный лейкоз» - 42, «острый лимфобластный лейкоз» - 28 и «злокачественная неходжкинская лимфома» - 34. Мужчин было 48 (46,2 %), женщин - 56 (53,8 %).

Результаты исследования. При исследовании местного иммунитета полости рта у больных с гемобластозами обнаружено понижение уровня лизоцимной активности (с $50,5 \pm 1,48\%$ в группе контроля до $33,95 \pm 2,71\%$; $p < 0,001$) и повышение значений коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта (у больных с ОНЛЛ в 13,6 раза, с ОЛЛ - в 10,65 раза и с ЗНЛ - в 7,74 раза по сравнению с группой контроля). Кроме того, у больных наблюдается резкое снижение естественной колонизации буккального эпителия.

Для острых лейкозов и злокачественных неходжкинских лимфом характерно достоверное увеличение продукции цитокинов ИЛ - 1 ($3 (249,7 \pm 22,96$ пг/мл, в группе контроля - $35,78 \pm 2,75$ пг/мл; $p < 0,001$) и ФНО - а ($67,21 \pm 7,08$ пг/мл, контроль - $17,31 \pm 1,53$ пг/мл; $p < 0,001$) в ротовой жидкости, участвующих в воспалительных реакциях, коммуникации иммунного ответа и играющих важную роль в процессе противоопухолевого роста.

При изучении микробиоценоза полости рта у больных с гемобластозами установлено нарушение состава микрофлоры, носящий характер дисбактериоза ротовой полости.

Учитывая развитие у больных снижение местного иммунитета и на этом фоне повышение патогенности микрофлоры полости рта, необходимо проведение местного лечения, направленного на предотвращение тяжелых инфекционных осложнений.

Вывод. Таким образом, рост заболеваемости острыми лейкозами и лимфомами, частота возникновения патологических изменений СОПР у данных категорий больных и отсутствие диагностических критериев для распознавания этих изменений, диктуют необходимость в дальнейшем комплексном изучении патологических процессов на СОПР с целью повышения ранней диагностики этих заболеваний.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ашуров А., студент 3-курса фармакологического факультета

Научный руководитель: Мирзаалимов С.Т.

*Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Метаболический синдром (МС) представляет собой комплекс факторов риска сердечно - сосудистых заболеваний и сахарного диабета (СД) типа 2. Основными компонентами МС являются артериальная гипертензия (АГ), ожирение, нарушения углеводного и липидного обмена. В настоящее время в большинстве стран мира наблюдается тенденция роста заболеваемости МС.

Прогностическое значение МС определяется мощным влиянием многочисленных факторов кардиоваскулярного риска, коррекция которых представляется важным направлением лечебно-профилактических мероприятий. Не вызывает сомнений тезис о том, что коррекция уровня артериального давления (АД) при МС должна проводиться параллельно с тщательным контролем уровня глюкозы плазмы, общего холестерина, массы тела и других факторов риска.

Цель исследования. Целью исследования является достижение целевого уровня АД у больных с метаболическим синдромом с применением двух антигипертензивных препаратов, а также изучение их системных метаболических эффектов.

Материалы и методы исследования. 100 больных с АГ и/или ожирением в возрасте 35-59 лет прошли скрининг с целью выявления метаболического синдрома.

Результаты исследования. Исходные показатели маркеров воспаления и инсулинорезистентности у больных АГ с метаболическим синдромом.

У больных АГ с МС исходный уровень ЬвСРБ составил 3,37 (2,3;6,4) мг/л, что на 36,5% выше аналогичного показателя в группе контроля ($p=0,001$). Уровень ICAM-1 исходно составил 331,6 (297,3;396,4) нг/мл, что достоверно выше на 29,2% аналогичного показателя в группе контроля ($p=0,003$). Исходный показатель индекса НОМА составил 3,82 (2,93;4,40), что превышает аналогичный показатель на 45,3% ($p=0,006$).

В нашем исследовании для достижения целевого уровня АД в качестве второго препарата была использована ретардная форма нифедипина. В экспериментальных и клинических исследованиях было показано, что антагонисты кальция - дигидропиридины пролонгированного действия - обладают антиатеросклеротическим эффектом, способствуют снижению гипертрофии левого желудочка и микроальбуминурии. В исследованиях ALLHAT, ELSA и STONE было показано, что антагонисты кальция пролонгированного действия не уступают ингибиторам АПФ, диуретикам и бета-блокаторам в плане снижения сердечно - сосудистых осложнений.

В исследование INSIGHT у пациентов ($n=6321$) с высоким коронарным риском, получающих нифедипин GITS частота развития диабета оказалась достоверно меньшей по сравнению с диуретиками. Выбор ретардной формы нифедипина обусловлен еще и тем, что у 55% больных с МС была диагностирована ИБС (перенесенный инфаркт миокарда и/или стенокардия напряжения).

По итогам 3-месячного исследования у 18 (90%) пациентов с МС были достигнуты целевые уровни АД. Анализ полученных результатов свидетельствует, что у 11 больных этот эффект был получен на фоне монотерапии спираприлом 6 мг/сут, тогда как на промежуточном этапе 9 больным с МС был назначен нифедипин-ретард 40 мг/сут.

Несмотря на то, что пациенты получили устные рекомендации по изменению образа жизни (соблюдение диеты и регулярные физические нагрузки) на фоне антигипертензивной терапии антропометрические показатели не изменились. Исходно средний вес пациентов был $89,2 \pm 5,7$ кг, после лечения этот показатель составил $89,8 \pm 5,6$ кг. Аналогичные данные получены по ИМТ (до исследования - $32,5 \pm 0,9$ кг/м², после - $32,8 \pm 0,9$ кг/м²) и окружности талии (до исследования - 104 ± 2 см, после - 104 ± 3 см).

На момент включения в исследование у всех пациентов была выявлена ИР ($>2,27$, НОМА ИР), тогда как у 60% пациентов были обнаружены нарушения углеводного обмена: сочетание нарушения толерантности к глюкозе и высокой гликемии натощак (30%); высокая гликемия натощак (20%) и нарушение толерантности к глюкозе (10%).

На фоне антигипертензивной терапии уровни глюкозы натощак (до лечения - $6,0 \pm 0,3$ ммоль/л, после - $5,8 \pm 0,3$ ммоль/л) и через 2 часа на фоне ТТГ (до лечения - $7,0 \pm 0,6$ ммоль/л, после - $6,7 \pm 0,5$ ммоль/л) практически не изменились. При этом отмечалось достоверное снижение концентрации иммунореактивного инсулина в крови натощак на 34% и маркера инсулинорезистентности (НОМА ИР) - на 35%.

Вывод. Таким образом, комбинация ингибитора АПФ - спираприла и антагониста кальция дигидропиридинового ряда - ретардной формы нифедипина может рассматриваться в качестве одной из эффективных и безопасных комбинаций антигипертензивной терапии у больных с метаболическим синдромом.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ

Ашуров Сардор Тулабой угли

Магистр кафедры детской анестезиологии и реаниматологии Ташкентского педиатрического медицинского института, Ташкент, Узбекистан.

Научный руководитель: PhD., ассистент Маматкулов И.Б.

Актуальность: Сложные бронхоскопические исследования и операции на трахеобронхиальном сегменте дыхательной системы в последние десятилетия стали привычными методами диагностики и лечения, а в ряде случаев альтернативной полостным операциям. Относительно короткая продолжительность эндоскопических вмешательств, высокая рефлексогенность зоны вмешательства, необходимость создания условий «хирургического комфорта» - вот неполный перечень проблем,

предъявляющих особые требования к анестезиологическому обеспечению. В большинстве своем, подобные вмешательства не требуют полноценной общей анестезии и могут быть проведены в условиях медикаментозной седации.

Цель работы: Исследования явилось повышение эффективности и безопасности анестезиологическое обеспечение при бронхоскопии у детей.

Материал и методы исследования: Исследовались 25 детей в возрасте от 1 до 7 лет с заболеваниями бронхолегочной патологии. Бронхоскопические вмешательства проводились в клинике ТашПМИ, получено информированное согласие родителей. Проводилась стандартная предикация (в/м): в составе атропин (0,1%- 0,01 мг/кг), мидазолам (0,5%-0,3мг/кг), кетамин (5%-2,5 мг/кг). Анестезию проводили в/в, в основной группе 15 пациентам доза препаратов пропофол 1%- 2мг/кг + кетамин 5% - 3мг/кг. В контрольной группе 10 детям осуществляли анестезия сибазон 0,5%-80мг/кг, кетамин 5%-5мг/кг. Проводилась клиническая оценка течение анестезиологическое обеспечение с изучением ЧСС, ЧД, АДс, АДд, АДср.

Результаты исследования: В Основной группе больных на вводном периоде зафиксировано значимое снижение ЧСС на 15,2% у второй группы больных по сравнению с первой группой ($p < 0,05$). При сравнении СДД на втором этапе, между основной группой детей и группами было отмечено значимое снижение СДД на 2,4%. в наиболее травматичные периоды операции отмечалось увеличение ЧСС на 7,42% и СИ на 20,65%. СДД на 3 этапе на 6,5%, а также на 4 этапе на 8,8%.

На период поддержание ЧСС значимо уменьшилась у пациентов обеих групп на 9%, Не значимое повышение ЧСС было зафиксировано на этапе пробуждения, на 10% и второй группе на 8,3%. На этапе пробуждения исследования СДД снижалась на 7,4% со сравнению второй группы детей. При сравнительном анализе значений СИ на 3 этапе, между первой и второй группами клинического сравнения были отмечены значимые различия, происходило снижение СИ на 2,2%, соответственно. При сравнении данных, на 5 этапе пробуждения наблюдалось снижение СИ контрольной группы на 3,5% При этом показатель УПС не значительно уменьшался с исходными данными ($P < 0,05$). Остальные показатели, как ФИ и СДД имели тенденцию к уменьшению соответственно на 2,88%, 1,92%.

Выводы: Результаты свидетельствуют о том что пропофол и кетамин при бронхоскопии благоприятно влияет на центральную гемодинамику, способствует ранней активации и реабилитации больных с бронхолегочной патологии.

ЭССЕ В КАЧЕСТВЕ НОВОГО СТИЛЯ НАПИСАНИЯ АКАДЕМИЧЕСКОГО ТЕСТА

Г.Ашурова - студентка лебечного факультета

*Научный руководитель - Д.Н.Игамова Старший преподаватель кафедры иностранных языков
АГМИ*

Слово "эссе" пришло в русский язык из французского и исторически восходит к латинскому слову *exagium* (взвешивание). Французское *essai* можно буквально перевести словами опыт, проба, попытка, набросок, очерк.

Эссе - это прозаическое сочинение небольшого объема и свободной композиции, выражающее индивидуальные впечатления и соображения по конкретному поводу или вопросу и заведомо не претендующее на определяющую или исчерпывающую трактовку предмета.

В "Толковом словаре иноязычных слов" Л.П. Крысина эссе определяется как "очерк, трактующий какие-нибудь проблемы не в систематическом научном виде, а в свободной форме".

"Большой энциклопедический словарь" дает такое определение: "Эссе - это жанр философской, литературно-критической, историко-биографической, публицистической прозы, сочетающий подчеркнуто индивидуальную позицию автора с непринужденным, часто парадоксальным изложением, ориентированным на разговорную речь".

"Краткая литературная энциклопедия" уточняет: "Эссе - это прозаическое сочинение небольшого объема и свободной композиции, трактующее частную тему и представляющее попытку передать индивидуальные впечатления и соображения, так или иначе с нею связанные".

Некоторые признаки эссе:

- наличие конкретной темы или вопроса. Произведение, посвященное анализу широкого круга проблем, по определению не может быть выполнено в жанре эссе.
- эссе выражает индивидуальные впечатления и соображения по конкретному поводу или вопросу и заведомо не претендует на определяющую или исчерпывающую трактовку предмета.
- как правило, эссе предполагает новое, субъективно окрашенное слово о чем-либо, такое произведение может иметь философский, историко-биографический, публицистический, литературно-критический, научно-популярный или чисто беллетристический характер.
- в содержании эссе оцениваются в первую очередь личность автора - его мировоззрение, мысли и чувства.

Данный жанр стал популярным в последние годы. Создателем жанра эссе считается М.Монтень ("Опыты", 1580 г.).

Многочисленные эссе можно найти в научных журналах и трудах конференций, в памятных публикациях и сборниках статей известных ученых. Издатели дают заказы на их написание. Их авторами являются ученые, которые общаются с коллегами в рамках своей темы, или непрофессионалами.

Хотя существование научных статей неоспоримо, научные очерки практически не изучены до сих пор. Розмари Глэзер (1998, 486) решила в статье научного журнала, опубликованной в справочнике «Fachsprache» с просьбой «более подробно описать распространенный в гуманитарных науках текстовый тип предметного эссе (...)».

Этот дефицит исследований связан с оговорками, высказанными эссеистами и учеными, которые выступают против восприятия эссе как академического текста. В Германии до 1950-х годов об эссе говорили в основном эссеисты. Они определили жанр как художественную прозу и пренебрегали их параллельным использованием в качестве журналистских и научных текстовых типов. Они подчеркнули субъективность автора, его опыт и понимание, а также - по словам Адорно (1958, 27 и 29) - «анти систематическую» или «методологически неметодическую» направленность эссе. Следовательно, они пропагандировали приоритет стиля и формы над содержанием и утверждением: Экснер (1962, 171), например, утверждает, что эссе «либо лингвистически превосходно, либо нет». Эссе объявлено открытой формой, охватывающей все и может ассимилировать любые средства выражения. Это моделирование текстового типа как «жанра без жанровой специфики» (Schumacher 1967, 271) основано на эссе автора Монтень, считающегося классическим образцом для подражания (Stanitzek 1993), хотя написание эссе Бэкона в Англии, Германии, да и во Франции получилось сильнее. Бэкон отказывается от самоанализа, дает читателю свои советы, основанные на рефлексивном опыте и дифференцированном рассмотрении «старого» для успешной жизни в обществе через адаптацию и самоутверждение.

ПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Батиров А.К., Эгамов С., Батиров Ж.А., Изатуллаев И.Р., Носиров М.М., Расулов М.Т
Андижанский государственный медицинский институт

При выполнении операций по поводу «трудных» ДЯ возникают сложности с ушиванием дуоденальной культи. Вот здесь -то и таится угроза ее несостоятельности. Весьма многочисленные предложения по профилактике несостоятельности дуоденальной культи при «трудных» язвах, на наш взгляд, несравненно сложнее, чем наложение гастродуоденального анастомоза.

Метод и объем РЖ выбирали в зависимости от локализации язвы, характера осложнений ЯБ, топографо-анатомических условий в зоне операции, состояния моторно -эвакуаторной и кислотопродуцирующей функции желудка.

В тех случаях, когда ДПК деформирована язвенно- рубцовым и воспалительным процессом имеет достаточный диаметр, после субмукозного иссечения язвы с последующей экстрадуоденизации, накладывали прямой ГДА. Формирование ГДА в модификации Габерер является наиболее простым, в плане технического исполнения, а также достаточно надежным и наиболее выгодным в функциональном отношении среди модификаций первого способа Бильрот.

Если по каким-либо причинам (рубцовое сужение начального отдела ДПК вследствие пилородуоденального стеноза протяженностью более 3 см или ранее ушитой перфоративной или кровоточащей язвы, опасности натяжения линии швов ГДА и т.д.) наложить прямой ГДА не представлялось возможным, прибегали к формированию термино-латерального поперечного, реже продольного ГДА. Так РЖ в модификации Габерер-Финнея и Л.Г.Хачиева в вышеперечисленных ситуациях являются незаменимыми, расширяя показания к наложению анастомоза с сохранением естественного пассажа пищи.

При невозможности формирования анастомозов в модификациях первого способа Бильрот, выполняются РЖ по Гофмейстер-Финстереру или Бальфур. В случае сочетания «трудной» ДЯ с дуоденостазом, операцией выбора является РЖ по РУ-Ибадову. Однако, во всех случаях перед ушиванием дуоденальной культи необходимо субмукозное иссечение язвы, а также обеспечить ее декомпрессию назогастоеюнальным зондом.

Таким образом, такой подход к выбору способов РЖ при трудных» ДЯ позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

*Батиров А.К., Эгамов С., Батиров Ж.А., Носиров М.М., Изатуллаев И.Р., Расулов М.Т.
Андижанский медицинский институт*

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения пациентов ЯБДПК с «трудными» ДЯ в контрольной группе вызвала настоятельную необходимость пересмотра хирургической тактики при «трудных» ДЯ.

Убедившись, что способов гарантирующих от несостоятельности культи ДПК нет, у данного контингента пациентов мы перестроили хирургическую тактику. Она заключается в следующем.

Для облегчения выполнения операции и улучшения её исходов, у второй исследуемой группы больных нами проводилась целенаправленная комплексная предоперационная подготовка, направленная одновременно и на рассасывание инфильтрата и снятия воспаления в области ДЯ.

При этом, лекарственная терапия и щадящая диета обеспечивали достижение следующих целей: наряду с противохеликобактериальной терапией проводили ликвидацию болевого синдрома и диспептических проявлений, снятие периульцерозной воспалительной инфильтрации и уменьшение размеров самой язвы, устранение признаков гастрита и дуоденита, нормализацию секреторной и МЭФЖ.

При выборе метода операции при «трудных» ДЯ учитывали сложившуюся ситуацию во время операции, т.е. операционную находку. Обращали внимание на локализацию ДЯ, её диаметр, а также наличие осложнений язвы ДПК и сочетанной хирургической и сопутствующей терапевтической патологии.

При «трудных» ДЯ установлено наличие осложнений в виде пенетрации у 45 (30,4%) пациентов. Различной степени ПДС диагностирован у 52 (35,1%) пациентов. Пенетрация ДЯ сочеталась с различной степенью ПДС у 51 (34,5%) пациентов. В основной группе наряду с перечисленными осложнениями, в целом, 26 пациентов в анамнезе имели ушивание прободной ДЯ, 17 пациентов – в анамнезе прошивание кровотокающего сосуда на дне ДЯ и 10 пациентов – ХНДП.

Следует отметить, что модификации РЖ по первому принципу Бильрот произвели 117 (79,1%) пациентам, а РЖ в модификациях второго принципа Бильрот у 31 (20,9%).

При «трудных» ДЯ РЖ по Габерер выполнено у 28 (23,9%) пациентов, у 36 (30,8%) - РЖ с поперечным ТЛА по Габерер-Финнею и у 53 (45,3%) - РЖ с продольным ТЛА по Л.Г.Хачиеву.

Таким образом, в основной группе РЖ в модификациях первого способа Бильрот выполнены у 117 (79,1%) пациентов, что по сравнению с контрольной группой больше на 34,4%. Это обстоятельство имеет важное значение, т.к. у этого контингента значительно уменьшается необходимость формирования дуоденальной культи с отсюда вытекающими последствиями. Следует отметить, что в отличие от контрольной группы ни в одном случае на фоне ХНДП РЖ в модификации первого способа Бильрот не выполнялись. Это было предусмотрено учетом упущений в контрольной группе. К тому же у всех пациентов применялись усовершенствованные методики и технические приемы операций.

Стремление оперирующего хирурга в обязательном порядке иссечь «трудную» язву нередко чревато развитием несостоятельности швов культи ДПК. В связи с этим в основной группе перед ушиванием дуоденальной культи производили лишь иссечение краев язвы, после ушивания его краев происходило экстрадуоденизация дна язвы, т.е. выведение ее за пределы пищеварительной трубки. Как показал наш опыт работы, при «трудных» ДЯ в сочетании с ХНДП операцией выбора может быть РЖ по Ру Ибадову.

У всех пациентов проводилась комплексная предоперационная подготовка с учетом сопутствующих заболеваний, использовались усовершенствованные методики и технические приемы операций, а также послеоперационное ведение, в том числе, с целенаправленной профилактикой ТЭО.

Таким образом, в плановой хирургии ЯБДПК у пациентов с «трудными» ДЯ с луковичной локализацией язвы выполнение РЖ с ГДА по Габерер оправдано лишь при каллезных и гигантских язвах передней стенки ДПК. Если после РЖ оставалась свободной боковая стенка начальной части луковицы ДПК накладывали продольной ТЛА по Габерер-Финнею, а если свободным оставалась передняя стенка начальной части луковицы ДПК - то накладывали поперечный ТЛА по Л.Г.Хачиеву. Наложение терминолатеральных анастомозов в аналогичных ситуациях было предусмотрено отсутствием хронического нарушения дуоденальной проходимости, а также тем, что их применением мы избегали формирования дуоденальной культи при «трудных» ДЯ.

Итак, выполнение в 79,1% случаев модификации первого способа Бильрот явилось одной из мероприятий в хирургической профилактики недостаточности швов культи ДПК. При отсутствии возможности РЖ в модификациях первого способа Бильрот с постбульбарной локализацией «трудной» ДЯ, выполняли РЖ по Гофмейстер-Финстереру или же по Бальфур, с предварительным субмукозным иссечением язвы. При «трудных» ДЯ в сочетании с хроническим нарушением дуоденальной проходимости операцией выбора является РЖ по РУ-Ибадову. В целом, РЖ в модификациях второго способа Бильрот выполнено у 31 (20,9%) пациентов.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

С.Т.Бахрамов, А.А.Хикматов, Г.У.Назарова
Андижанский государственный медицинский институт
(по данным РСНПМЦК Наманганского филиала)

Введение. Идиопатическая первичная легочная гипертензия (ИПЛГ) – болезнь Айэрсы – тяжелое прогрессирующее заболевание неуточненной этиологии, развивающееся в результате ограничения потока через легочное артериальное русло, что приводит к повышению легочного сосудистого сопротивления и в конечном итоге к недостаточности правого желудочка. Общая распространенность ИПЛГ в мире составляет 1–2 случая на миллион человек, при этом женщины подвержены ее развитию почти в два раза чаще. Средний возраст пациентов с манифестацией заболевания составляет 36,4 года.

Цель исследования. Анализ данных по выявляемости (частоте) и степени выраженности нарушения кардиореспираторной системы у больных с первичной (идиопатической) легочной гипертензией в Наманганской области.

Материалы и методы исследования. Произведен ретроспективный анализ историй болезни 63450 обследованных в период 2013-2018 гг. лиц в возрасте от 1 дня до 80 лет. У 213 из 63450 пациентов (0,33%) выявлена первичная легочная гипертензия (ПЛГ). Самому младшему пациенту было всего семь месяцев, самому пожилому-62 года, средний возраст- 24,2±0,83 года, большинство пациентов (60,7%) были в возрасте от 21 до 54 лет. Причем, женщин было значительно больше-129 (60,6%), мужчин-84 (39,4%). Эхокардиографическое обследование проведено на ультразвуковом эхокардиографе “Siemens Acuson SC-2000”. Полученные эхокардиографические данные были проанализированы в виде абсолютных величин и их соотношения с нормой (%) на площадь поверхности тела больного. За нормальные показатели принимались данные рекомендуемые Н.М.Мухарлямовым (1987) и Е.Ф.Лукушкиной (1988).

Результаты исследования. ПЛГ представляет собой заболевание, тяжесть которого прогрессирует с возрастом. Характер естественного течения данного заболевания у детей диаметрально противоположен ходу болезни у пациентов старшего возраста и взрослых.

Анализируя данные эхокардиограмм, мы получили следующие данные: у 58 больных было повышенное систолическое давление в ПЖ и ЛА. Оно колебалось в пределах 30-70 мм рт.ст. У остальных 155 больных отмечено довольно высокое давление в ЛА, превышающее 70 мм рт.ст. Характеризуя легочную гипертензию, мы руководствовались не только абсолютным уровнем систолического или среднего давления ЛА, но и процентным отношением абсолютной величины давления в ЛА к уровню системного давления. Эти данные подтверждают мнение большинства исследователей о том, что легочная гипертензия особенно часто встречается среди больных старшего возраста.

Выводы. 1. Наши наблюдения показали, что выявляемость больных с ПЛГ соответствует данным литературы и составила 0,33 % от всех обследованных.

2. Исследования показали, что тяжесть заболевания с возрастом прогрессирует.

Нам также удалось выяснить, что у больных с резко выраженными клиническими данными с возрастом заболевание приобретает крайне опасный характер, состояние больных в этих случаях может стать критическим. Патогенез этого состояния объясняется развитием правожелудочковой недостаточностью.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИРУДОТЕРАПИИ ПРИ НАРУЖНОМ ОТИТЕ

Бахритдинов З.П.
Научные руководители: Норбоев З.К., Пардаев Д.Ё. -Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Наружный отит - воспаление кожи ушной раковины и наружного слухового прохода, которое может вызываться бактериями, вирусами, грибами. Наружный отит может протекать в виде фурункула наружного слухового прохода (ограниченный наружный отит), либо в форме разлитого воспаления (диффузный наружный отит).

Кожа наружного слухового прохода имеет нормальную бактериальную флору, представленную, в частности, микрококками, коринебактериями и пропионебактериями, которые являются естественным защитным барьером организма, предохраняющим кожу от заражения.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения гирудотерапии в комплексной терапии больных с диагнозом наружного отита.

Материалы и методы исследования. Изучалась функциональная активность слухового нерва у 68 больных с патологией наружного отита. На протяжении двух недель больным проводили гирудотерапию (16-28 пиявок).

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Результаты исследования. Комплексная терапия экссудативного среднего отита у детей с применением гирудотерапии является высокоэффективным способом лечения. В ближайшие и отдалённые сроки наблюдения положительный результат лечения достигнут соответственно у 76,7% и 71,7% больных.

Гирудотерапия в составе комплексного лечения у детей, больных экссудативным средним отитом, улучшает клиническое состояние пациентов, уменьшает количество рецидивов заболевания, хорошо переносится пациентами, не вызывает осложнений и побочных реакций.

Комплексная терапия с использованием медицинских пиявок наиболее эффективна у больных с катаральной, секреторной и мукозной стадиями экссудативного среднего отита.

При фиброзной стадии экссудативного среднего отита у детей комплексная терапия с применением гирудотерапии улучшает общее состояние больных, купирует шум в ушах и не влияет на слуховую функцию.

При традиционной консервативной терапии детей больных экссудативным средним отитом в ближайшие сроки наблюдения положительный результат установлен у 53,3% пациентов, в отдалённые сроки - у 38,3%.

Комплексная терапия детей больных экссудативным средним отитом с применением гирудотерапии по ближайшим и отдалённым результатам лечения более эффективный метод лечения по сравнению с традиционной консервативной терапией.

Вывод. Подводя итоги, необходимо отметить, что лечение острого наружного диффузного отита, учитывая его полиэтиологичность, порой является непростой задачей. Правильной постановке диагноза способствует грамотно собранный анамнез заболевания, данные отоскопии и микробиологического исследования. Основой терапии наружного отита является применение гирудотерапии.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДИК ГИРУДОТЕРАПИИ НАРУЖНОГО ОТИТА

Выполнил: Бахритдинов З. П.

*Научные руководители: Норбоев З.К., Пардаев Д.Ё., Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения прогнозирует к 2030 г. увеличение числа лиц с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30%. Не менее 30% всех случаев тугоухости обусловлено патологией среднего уха.

За последние десятилетия многие авторы отмечают рост заболеваемости экссудативным средним отитом (ЭСО), причем составляет 15-17% среди всех заболеваний уха. Эпидемиологические исследования показывают, что ЭСО влияет на 50-80% детей в возрасте до 5 лет, двое из 1000 детей имеют серьезные осложнения.

В результате они переносят радикальные операции на среднее ухо, снижающие качество жизни ребенка, который в последствии нуждается в социальной адаптации. Это подтверждает серьезность проблемы ЭСО и выводит эту патологию на первый план как в стране, так и в мире в целом.

В научной медицинской литературе экссудативный средний отит имеет ряд других названий. Зачастую название зависит от видения врача-исследователя на причинную роль того или иного фактора на этапах развития заболевания.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения гирудотерапии в комплексной терапии больных наружного отита.

Материалы и методы исследования. Изучалась функциональная активность слухового нерва у 68 больных с патологией наружном отите. На протяжении двух недель больным проводили гирудотерапию (16-28 пиявок).

Результаты исследования. Наружный отит – полиэтиологическое воспалительное заболевание среднего уха, в этиопатогенезе которого ключевую роль играет дисфункция слуховой трубы. Патоморфологическим субстратом наружного отита является хроническое катаральное воспаление слизистой оболочки преимущественно мезо-, гипотимпанума и слуховой трубы, а клиническими признаками – наличие экссудата в барабанной полости, отсутствие признаков острого воспаления и дефекта барабанной перепонки. Наиболее частой причиной экссудативного среднего отита являются респираторные вирусные инфекции, второй причиной – острый средний отит.

Распространенность наружного отита зависит от возраста и, по данным различных авторов, составляет у детей 1-го года жизни – до 35%; 3–5 лет – 10–30%; 6–7 лет – 3–10%; 9–10 лет – 1–3%. Наружный отит является наиболее частой причиной снижения слуха у детей в возрасте от 2 до 7 лет – при массовых осмотрах детей обнаруживают в 30,2% случаев.

Исследования зарубежных авторов подтверждают самостоятельное разрешение большинства случаев экссудативного среднего отита, в ином случае пациенты нуждаются в лечении. С учетом клиники течения данного заболевания основной жалобой является снижение слуха, что отражается на качестве жизни пациентов.

Современная медицина рассматривает множество вариантов лечения экссудативного среднего отита, вплоть до альтернативы применения слуховых аппаратов пациентам с противопоказанием применения других видов лечения.

Вывод. Тактика лечения постоянно изменяется и совершенствуется, стремясь к более прогрессивным методикам. Выбор тактики лечения наружного отита зависит от протокола диагностики и лечения, которым руководствуется страна. Резюмируя вышеуказанное, стоит обратить внимание на то, что у врачей-оториноларингологов разных стран нет единой точки зрения при выборе методики лечения данного заболевания.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО ОТИТА ПРИ ПОМОЩИ ГИРУДОТЕРАПИИ

Выполнил: Бахритдинов З.П.

*Научные руководители: Норбоев З.К., Пардаев Д.Ё., Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Наружный отит представляет собой группу воспалительных заболеваний наружного уха (ушной раковины, наружного слухового прохода и наружного слоя барабанной перепонки) различной этиологии. Достаточно широкая распространенность и значительный рост заболеваемости, упорное течение и высокая вероятность рецидивирования на фоне ряда предрасполагающих факторов обуславливают пристальное внимание оториноларингологов к различным аспектам данной патологии.

Предпочтение при лечении пациентов с наружными отитами отдается группе препаратов с топическим действием. Одним из наиболее эффективных методов для лечения пациентов с диффузными наружными отитами являются гирудотерапия, которые хорошо себя зарекомендовали в клинической практике.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения гирудотерапии в комплексной терапии больных наружного отита.

Материалы и методы исследования. Изучалась функциональная активность слухового нерва у 68 больных с патологией наружном отите. На протяжении двух недель больным проводили гирудотерапию (16-28 пиявок).

Обсуждение. Гирудотерапия является эффективным вспомогательным методом лечения многих заболеваний. Например, глаукомы, отитов, фурункулёза, хронических запоров и даже ожирения. Пиявки также оказывают благоприятное влияние на весь организм, нормализуя обмен веществ и укрепляя иммунитет.

Гирудотерапия является эффективным способом лечения острых воспалительных заболеваний ЛОР-органов. Иногда гирудотерапию используют как отдельный метод, но чаще всего ее применяют в совокупности с антибиотикотерапией и физио-процедурами.

Пациенты с наружными отитами составляют от 17 до 23% от общего количества пациентов, обращающихся к врачу-оториноларингологу за медицинской помощью. Учитывая, что наружные отиты довольно часто возникают на фоне воспаления среднего уха, то частота выявления таких пациентов увеличится во много раз. Причем следует отметить, что в последнее время частота поражений наружного уха имеет неуклонную тенденцию к росту во всем мире[1]. Наружные отиты могут быть классифицированы на основании этиологии заболевания, локализации воспалительного процесса, а также по длительности течения самого заболевания.

В отоларингологии гирудотерапию стали использовать не так давно. На сегодняшний день в нашей клинике с помощью медицинских пиявок мы успешно лечим гаймориты, фронтиты, острые невриты слухового нерва, отиты, ушные шумы, хроническую сенсоневральную тугоухость, заболеваниях околоносовых пазух, идиопатическую и медикаментозную форму вазомоторного ринита.

Показанием для включения гирудотерапии в комплекс лечебных мероприятий в оториноларингологии являются: острый неврит слуховых нервов, ушные шумы при неврите слуховых нервов, средние и наружные острые отиты с выраженным болевым синдромом, адгезивный средний отит, вторичные невралгии тройничного нерва на фоне воспалительных изменений в околоносовых пазухах.

Место постановки пиявок зависит от локализации воспалительного процесса. Если воспаление локализовалось на входе в слуховой проход, то пиявок ставят на козелок и непосредственно на место воспаления. При диффузном поражении всего слухового прохода пиявок располагают в заушной области, отступая 1 см от места прикрепления ушной раковины и параллельно ей. Количество пиявок на один сеанс 1—3 штуки. Продолжительность сеанса 5—7 минут. На курс лечения рекомендуется 2—4 сеанса.

Включение гирудотерапии в комплекс лечебных мероприятий позволило в течение суток ликвидировать болевой синдром, а среднее время нетрудоспособности больных сократилось на 1,1 дня и составило 5,1 дня.

Быстрое развитие научной медицины по второй половине XIX века, расцвет микробиологии, внедрение антисептики и асептики привели к резкому сокращению применения пиявок. Их стали

рассматривать как возможный источник инфекции. Поэтому вместо гирудотерапии стали широко использовать «жильное» кровопускание или кровопускание с помощью крово-отсосных банок, как более простой и надежный способ. И в первое десятилетие XX века пиявки почти полностью исчезли из арсенала лечебных средств.

Хотя, впоследствии было показано, что и секрет слюнных желез, и содержимое кишечного канала пиявки обладают бактериостатическими свойствами по отношению к ряду патогенных микроорганизмов, однако, такого широкого распространения, как прежде, гирудотерапия уже не получила. Обилие синтетических фармацевтических препаратов резко уменьшило спрос на медицинские пиявки.

Методы гирудотерапии, как местные, так и общие, разработаны и апробированы на кафедре оториноларингологии Андижанского государственного медицинского института совместно с лабораторией клиники АГМИ на основе традиционных, исторически сложившихся методов лечения пиявками.

Вывод. Целесообразность исследования заключается в том, что результаты исследования расширят представления об этиологии, факторах риска механизме развития, разнообразии клинических проявлений наружного отита эффективности их гирудотерапии.

Медицинские пиявки обладают несколькими важнейшими лечебными свойствами, которые активно используются в современной отоларингологии для лечения различных заболеваний и патологий.

Подводя итог, необходимо отметить, что лечение острого наружного диффузного отита, учитывая его поли-этиологичность, порой является непростой задачей. Правильной постановке диагноза способствует грамотно собранный анамнез заболевания, данные отоскопии и микробиологического исследования. Основой терапии наружного отита является применение гирудотерапии.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ОТИТА ПРИ ПОМОЩИ ГИРУДОТЕРАПИИ

Выполнил: Бахритдинов З.П.

*Научные руководители: Норбоев З.К., Пардаев Д.Ё. -Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Наружный отит представляет собой группу воспалительных заболеваний наружного уха (ушной раковины, наружного слухового прохода и наружного слоя барабанной перепонки) различной этиологии. Достаточно широкая распространенность и значительный рост заболеваемости, упорное течение и высокая вероятность рецидива на фоне ряда предрасполагающих факторов обуславливают пристальное внимание оториноларингологов к различным аспектам данной патологии.

Предпочтение при лечении пациентов с наружными отитами отдается группе препаратов с топическим действием. Одним из наиболее эффективных методов для лечения пациентов с диффузными наружными отитами является гирудотерапия, которая хорошо себя зарекомендовала в клинической практике.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения гирудотерапии в комплексной терапии больных с наружным отитом.

Материалы и методы исследования. Изучалась функциональная активность слухового нерва у 68 больных с патологией наружного отита. На протяжении двух недель больным проводили гирудотерапию (16-28 пиявок).

Обсуждение. Гирудотерапия является эффективным вспомогательным методом лечения многих заболеваний. Например, глаукомы, отитов, фурункулеза, хронических запоров и даже ожирения. Пиявки также оказывают благоприятное влияние на весь организм, нормализуя обмен веществ и укрепляя иммунитет.

Гирудотерапия является эффективным способом лечения острых воспалительных заболеваний ЛОР-органов. Иногда гирудотерапию используют как отдельный метод, но чаще всего ее применяют в совокупности с антибиотикотерапией и физиопроцедурами.

Пациенты с наружными отитами составляют от 17 до 23% от общего количества пациентов, обращающихся к врачу-оториноларингологу за медицинской помощью. Учитывая, что наружные отиты довольно часто возникают на фоне воспаления среднего уха, то частота выявления таких пациентов увеличится во много раз. Причем следует отметить, что в последнее время частота поражений наружного уха имеет неуклонную тенденцию к росту во всем мире[1]. Наружные отиты могут быть классифицированы на основании этиологии заболевания, локализации воспалительного процесса, а также по длительности течения самого заболевания.

В отоларингологии гирудотерапию стали использовать не так давно. На сегодняшний день в нашей клинике с помощью медицинских пиявок мы успешно лечим гаймориты, фронтиты, острые невриты слухового нерва, отиты, ушные шумы, хроническую сенсоневральную тугоухость, заболевания околоносовых пазух, идиопатическую и медикаментозную форму вазомоторного ринита.

Показанием для включения гирудотерапии в комплекс лечебных мероприятий в оториноларингологии являются: острый неврит слуховых нервов, ушные шумы при неврите

слуховых нервов, средние и наружные острые отиты с выраженным болевым синдромом, адгезивный средний отит, вторичные невралгии тройничного нерва на фоне воспалительных изменений в околоносовых пазухах.

Место постановки пиявок зависит от локализации воспалительного процесса. Если воспаление локализовалось на входе в слуховой проход, то пиявок ставят на козелок и непосредственно на место воспаления. При диффузном поражении всего слухового прохода пиявок располагают в заушной области, отступая 1 см от места прикрепления ушной раковины и параллельно ей. Количество пиявок на один сеанс 1—3 штуки. Продолжительность сеанса 5—7 минут. На курс лечения рекомендуется 2—4 сеанса.

Включение гирудотерапии в комплекс лечебных мероприятий позволило в течение суток ликвидировать болевой синдром, а среднее время нетрудоспособности больных сократилось на 1,1 дня и составило 5,1 дня.

Быстрое развитие научной медицины по второй половине XIX века, расцвет микробиологии, внедрение антисептики и асептики привели к резкому сокращению применения пиявок. Их стали рассматривать как возможный источник инфекции. Поэтому вместо гирудотерапии стали широко использовать «жильное» кровопускание или кровопускание с помощью кровотока банок, как более простой и надежный способ. И в первое десятилетие XX века пиявки почти полностью исчезли из арсенала лечебных средств.

Хотя, впоследствии было показано, что и секрет слюнных желез, и содержимое кишечного канала пиявки обладают бактериостатическими свойствами по отношению к ряду патогенных микроорганизмов, однако, такого широкого распространения, как прежде, гирудотерапия уже не получила. Обилие синтетических фармацевтических препаратов резко уменьшило спрос на медицинские пиявки.

Методы гирудотерапии, как местные, так и общие, разработаны и апробированы на кафедре оториноларингологии Андиганского государственного медицинского института совместно с лабораторией клиники АГМИ на основе традиционных, исторически сложившихся методов лечения пиявками.

Вывод. Целесообразность исследования заключается в том, что результаты исследования расширят представления об этиологии, факторах риска, механизме развития, разнообразии клинических проявлений наружного отита, эффективности применения гирудотерапии.

Медицинские пиявки обладают несколькими важнейшими лечебными свойствами, которые активно используются в современной отоларингологии для лечения различных заболеваний и патологий.

Подводя итог, необходимо отметить, что лечение острого наружного диффузного отита порой является непростой задачей. Правильной постановке диагноза способствует грамотно собранный анамнез заболевания, данные отоскопии и микробиологического исследования. Основой терапии наружного отита является применение гирудотерапии.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Бахриддинова Х. магистр 2 курса научный руководитель доцент Юлдашева О.С.

2 кафедра акушерства и гинекологии

Андиганский государственный медицинский институт

На сегодняшний день проблема бесплодия остается одной из актуальных проблем в гинекологии. Одной из причин бесплодия является эндометриоз. Эндометриоз это доброкачественная опухоль исходящей из ткани схожей с эндометрием. Обзор основных литературных публикаций показал что диагностика генитального эндометриоза достаточно но диагностика аденомиоза у данного контингента больных не достаточна. Проанализировав результаты гистероскопии у 20 женщин с бесплодием мы произвели биопсию с последующим гистоанализом. Среди разной патологии матки частота аденомиоза составляет 2% но у большинства женщин с бесплодием отмечаются спаечные процессы в эндометрии. На основании проведенных исследований нами разработан алгоритм обследования для диагностики аденомиоза матки. Алгоритм обследования для диагностики аденомиоза следующие: гистеросальпингография, гистероскопия, ультразвуковое исследование, доплерометрия кровеносных сосудов матки. Ультразвуковое исследование дает информативность в 86% случаев, доплерография 9%. При этом исследование необходимо дать оценку базального слоя эндометрия. Признаками аденомиоза на УЗИ являются увеличение матки, появление участков повышенной эхогенности, наличие анэхогенных включений, снижение звукопроводимости в узле, признак вертикальной полосы. Своевременная диагностика аденомиоза способствует раннему проведению соответствующего лечения.

ОСОБЕННОСТИ МОТОРНО-СЕКРЕТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Бахромов А.Д. - 4 курс лечебного факультета

*Научный руководитель: доцент Артикова Д.М. - кафедра: «Эндокринология- №2»
ТМА*

Актуальность темы: Последние годы можно отметить резкое возрастание заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в сочетании с сопутствующим ожирением. Ожирение и избыточная масса у больных ГЭРБ способствуют усилению моторных нарушений, ухудшению качества жизни и развития неблагоприятных последствий для физического и психосоциального здоровья.

Цель: Выявить особенности моторно-секреторных нарушений при ГЭРБ в зависимости от наличия сопутствующего ожирения.

Материалы и методы: Были обследованы 34 больных ГЭРБ, из которых было сформировано 2 группы. В первую группу вошли больные ГЭРБ с сопутствующим ожирением, во вторую - больные без сопутствующей патологии. Выраженность клинических проявлений определялась с помощью опросников GERDQ (международных опросников для диагностики ГЭРБ). Для оценки желудочной секреции использовался метод интрагастральной рН-метрии по стандартной методике. Оценка моторных нарушений проводилась с помощью ультразвуковых методов исследования (определялись диаметр пищевода, толщина стенки пищевода, ширина просвета пищевода в нижней трети, а также наличие или отсутствие рефлюкса).

Результаты: Было установлено, что у больных ГЭРБ с сопутствующим ожирением были значительно выражены моторные и секреторные нарушения, которые находились в тесной корреляционной связи с выраженностью клинических проявлений по сравнению с группой больных ГЭРБ без сопутствующей патологии.

Выводы: Полученные в работе данные свидетельствуют о роли сопутствующего ожирения в формировании моторно-секреторных расстройств у больных ГЭРБ.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Выполнила: Бахтиёрова М.М, студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Знания особенностей детской психологии чрезвычайно важны в понимании формирования соматического и психического здоровья ребенка-подростка-взрослого.

В формировании заболеваний органов дыхания, имеющих психосоматический компонент, как этап развития болезни (например, бронхиальная астма (БА)) очень важно отчетливо представлять вклад в реализацию болезни вегетативной нервной системы и психологических особенностей ребенка.

С периода внутриутробного развития формируются особенности нервной системы ребенка. Неблагополучное течение беременности, неадекватное отношение матери и других близких к здоровью малыша являются значимыми факторами в формировании и ранней манифестации генетически наследуемого заболевания.

Цель исследования. Оценка эмоционально-личностных особенностей, механизмов психологической защиты у детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. Нами исследованы психологические особенности у 50 больных в период ремиссии БА. Группу сравнения составили 20 подростков соответствующего возраста, пола, не имеющие аллергической отягощенности и признаков заболеваний на момент осмотра.

Для выявления факторов психологического риска, которые начинают воздействовать уже в период онтогенеза и способствуют возникновению и развитию психоэмоционального напряжения, влекущего формирование особенностей личности, мы проанализировали стрессогенные факторы у детей разных возрастных групп

Результаты исследования. У детей, больных БА, структура эмоционально-личностных особенностей представлена устойчивым внутренним конфликтом, за счет акцентуированности противоположных личностных черт у одного и того же ребенка. Для подростка структура личности заключается в акцентуированности истероидных и (или) эпилептоидных черт, в проявление аутодеструктивных тенденций, подтверждающихся склонностью к алкоголизации.

Общим признаком для больных детей и подростков в структуре эмоционально-личностного фона является доминирование показателей по шкалам: агрессивности и тревожности.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

У подростков, страдающих БА, доминирующими механизмами психологической защиты являются: отрицание неприемлемых событий или собственных качеств, а также гиперкомпенсация своих недостатков в сфере низкой самооценки.

У детей с БА определяются значительные отклонения в мнестической сфере в виде снижения объема кратковременной образной (35%) и вербальной памяти (62%) по сравнению со здоровыми детьми.

Для большинства больных (75%) характерно полное левополушарное доминирование, что свидетельствует о неэффективности их психофизиологической адаптации в стрессовых ситуациях.

Анализ эмоционально-личностных характеристик детей, больных бронхиальной астмой позволит более полно изучить компоненты патологической психосоматической системы, что дает возможность оптимизировать мероприятия по профилактике и своевременной коррекции факторов, усугубляющих течение данного заболевания.

Прогнозирование типов эмоционально-личностного реагирования, знание механизмов психологической защиты ребенка, больного бронхиальной астмой, делает возможным индивидуальный подход к терапии и запускает адаптационные механизмы развития полноценной личности, предупреждая возможные отклонения в критический период жизни.

Представленные результаты оценки функциональной асимметрии свидетельствуют о необходимости создания системы обучения, воспитания, условий труда и быта с учетом особенностей психической организации детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой.

Вывод. Таким образом, очевидна актуальность дальнейшего исследования нейровегетативных и психосоматических расстройств у подростков, страдающих БА. Своевременная диагностика и коррекция нейровегетативных нарушений являются необходимыми условиями успешной комплексной терапии, направленной на улучшение качества жизни подростков с бронхиальной астмой.

Несмотря на накопленный опыт в области изучения нейровегетативных изменений при бронхиальной астме, вопросы течения и прогноза этого заболевания у подростков с позиции психосоматических взаимоотношений остаются неисследованными.

Мало изученной представляется характеристика изменений нейровегетативного статуса подростков с бронхиальной астмой на фоне медикаментозной и немедикаментозной терапии.

ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Выполнила: Бахтиёрова М.М, студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В случае с тревожно-фобическими расстройствами, медикаментозное лечение – не панацея от страха, а средство, облегчающее и ослабляющее проявление симптомов тревоги. Как правило, стойкий эффект от приема медикаментов закрепляется в результате их длительного приема и согласно четко установленных курсов. Самостоятельное прерывание курса лечения медикаментами пациентом и не соблюдение в полном объеме рекомендаций врача ведет к усугублению ситуации, когда страхи не только возвращаются, но усиливается их интенсивность и увеличивается масштаб объектов тревоги.

Цель исследования. Целью работы являлась разработка принципов и алгоритмов психотерапевтического лечения тревожно- фобических расстройств невротического уровня (тревно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) на основе доказательных исследований.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось 115 пациентам, которые были распределены на 3 группы. I группа – 27 пациентов с паническим расстройством (ПР) (эпизодическая пароксизмальная тревога (f41.0). II группа – 21 пациент с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) (f41.1). III группа – 67 пациентов со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР) (f41.2).

Данный метод психотерапии основан на симбиозе пациента и лечащего врача: во время сеанса происходит их взаимодействие, обмен информацией, проговаривание переживаний, моделирование ситуаций и их проработка. Условно психологическую помощь можно классифицировать следующим образом:

Психологическое информирование.

Консультация специалиста.

Корректировка (поведения, восприятия, интенсивности реагирования и т.д.).

Методы психотерапии направлены на выявление причин фобического расстройства, их устранение, реабилитацию, снижение тревожности, корректирование неадекватных поведенческих реакций, освоение техник релаксации. Для лечения фобий и страхов успешно применяются такие методы, как:

Психотерапевтическая помощь.

Рациональный метод психотерапии.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Лечения фобии методом НЛП (нейролингвистического программирования).

Когнитивно-бихевиористический метод.

Лечение фобий гипнозом (в том числе, методом Эриксона).

Результаты исследования. Данные обследования стали основой в разработке концептуального подхода и построения патогенетически обоснованной системы психотерапии пациентов с тревожно-фобическими расстройствами невротического регистра с учетом эмоциональных и личностно-типологических особенностей. Принципами проведения психотерапии были:

1. Партнерство психотерапевта и пациента.
2. Этапность воздействий и усложнение применяемых методик.
3. Аппеляция к положительным чертам личности.
4. Применение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), как базовой.
5. Обучение навыкам ауторегуляции эмоций отрицательного спектра: тревоги, депрессии.
6. Коррекция социальных установок.
7. Обучение рациональным копинг-стратегиям. Основным методом психотерапевтической коррекции нарушений эмоциональной сферы в виде фобически-депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств была когнитивно-бихевиоральная терапия по А. Беку.

Групповая психотерапия применялась для формирования социальных установок и рациональных копинг-стратегий. Она сочеталась с элементами рациональной, суггестивной и семейной психотерапии. Система психотерапии реализовывалась в 4 этапа.

I этап «Оценка психоэмоционального состояния» – начинался с момента поступления больного в стационар и был направлен на определение состояния эмоциональной сферы и мишеней психокоррекции (1 сессия).

II этап «Формирование комплаенса» – включал в себя мероприятия по формированию комплаенса, первичного установления психологического контакта и формирования положительной мотивации к лечению (2 сессии).

III этап «Психотерапия и психокоррекция» – включал индивидуальную и групповую психотерапию, направленные на формирование активной жизненной стратегии, изменение самовосприятия путем осознания смысла жизни и его качества, наличия важной стратегической цели (10 сессий).

IV этап «Суппортивное психологическое сопровождение» – включал 4 сеанса индивидуальной психотерапии с элементами семейной психокоррекции.

Оценка эффективности проведенной системы показала следующее. У больных всех 3-х групп произошла положительная клиническая динамика. Уменьшились субъективные переживания тревожного спектра и соматовегетативная симптоматика.

По данным патопсихологического исследования наиболее положительная динамика была достигнута по показателям реактивной тревоги во всех 3-х группах больных. В целом значительное улучшение было достигнуто у 72% больных I группы, у 68% больных II группы и у 78% больных III группы.

Вывод. Суть данного метода заключается в том, что больной с помощью психотерапевта определяет, какие именно установки являются разрушительными, негативными и вызывают тревожность. Подвергнув их критическому анализу, пациент задает себе компрометирующие вопросы касательно этих установок: «почему я решил, что так будет всегда?», «кто внушил мне мысль о том, что все происходящее – негативно и нет выхода?» и т.д. Анализируя свои ответы, прорабатывая различные варианты, пациент перестраивает свое мышление на оптимистичный лад, старается во всем искать плюсы. Критический анализ позволяет или увидеть плюсы в своих установках, или заменить их на другие, позитивные и созидательные.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Бекмуродова А. - магистр 2 курса

Научные руководители: Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т.

В настоящее время актуальной проблемой педиатрии остается лечение больных с внутриутробной инфекцией. Эффективность лечения определяет исход, развитие возможных осложнений и последствий тяжелого течения внутриутробной инфекции.

Целью работы явилось изучение иммунного статуса больных с внутриутробной инфекцией и попытка проведения иммунокоррекции выявленных нарушений.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 22 новорожденных из родильных домов Кургантепинского района Андижанской области. Диагноз внутриутробного инфицирования был подтвержден с помощью иммуноферментного метода (ИФА): герпес – 3, коксаки – 4, цитомегалия – 10, токсоплазмоз – 5. Диагностическая значимость этих данных определялась уровнем адекватности иммунного ответа детей. В этом определенное значение имеет длительность воздействия этиологического фактора на жизненно важные органы плода.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина наблюдаемых больных отличалась большим полиморфизмом – гепатоспленомегалия, аспирационный, геморрагический, гипертензионно-гидроцефальный синдромы, пороки развития, лихорадка, гипотрофия и т.д. Очевидно, причиной возникших осложнений у наблюдаемых больных явились выявленные у них признаки иммунодефицита, в частности, в большей степени макрофагального звена иммунитета. У всех больных выявлено значительное снижение функциональной активности нейтрофилов и моноцитов. Для иммунокоррекции выявленных нарушений в комплексную терапию всем наблюдаемым больным был включен лейкоинтерферон – комплексный препарат интерферона альфа и цитокинов – парентерально по 10 тыс. ед и энтерально по 20-40 тыс. ед. С целью воздействия на вирусы введение интерферона сочеталось с применением протектазида.

Вывод. Таким образом, больным с внутриутробной инфекцией необходимо проводить иммунологическое исследование с целью определения нарушений в иммунном статусе и своевременной их иммунокоррекции. Введение в качестве иммуномодулятора лейкоинтерферона может способствовать предупреждению хронизации основного заболевания, в качестве противовирусного средства у этих больных эффективно использование препарата протектазид.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА В НОРМЕ И ПРИ ЕГО ПОРОКАХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 29 ЛЕТ

Бекташев И.Б. - студент 611 группы лечебного факультета.

Научный руководитель: Собиров А.А. к.м.н. медицинская радиология радиология клиническая лаборатория диагностическое отделение

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Развитие кардиологии в известной степени зависит от знания эхокардиографических параметров сердца в различных возрастных периодах. Не случайно в докладах научной группы ВОЗ было указано, что изучение развивающегося организма составляет суть научных исследований в медицине, так как способствует, пониманию нормальных и патологических процессов роста и развития, в том числе этиопатогенеза врожденных заболеваний (сер. техн. докл. ВОЗ, Женева, 1970, 400, 7).

Цель исследования. Изучить возрастные особенности эхокардиометрических параметров сердца в норме и при некоторых врожденных пороках сердца.

Материал и методы исследования. Материалом для наблюдения послужили 48 практически здоровых людей и 321 (62% женщин, 38% мужчин) больной, в возрасте от 1 года до 29 лет, из них 82 с диагнозом дефект межпредсердной перегородки, 99 – дефект межжелудочковой перегородки, 88 - стеноз легочной артерии, 52 - недостаточность трикуспидального клапана которые в 2001-2005 гг. проходили курс лечения в Андижанской областной детской клинической больнице и в клинике Андижанского госмедицинского института им. Ю.А.Атабекова.

Для достижения цели исследования мы использовали ультразвуковой прибор SSD-630 (Aloka, Япония) с частотными характеристиками датчиков 2 и 3,5 МГц.

Метод ультразвукового исследования основан на принципе локации. От датчика прибора к сердцу пациента посылаются короткие ультразвуковые импульсы. В сердце происходит отражение ультразвука на границе тканей с различными акустическими сопротивлениями. Отраженные ультразвуковые волны, воспринимаемые тем же датчиком, преобразуются в электрические видеосигналы и подаются на экран электронно-лучевой трубки в виде точек. Положение каждой точки вдоль вертикальной линии развертки определяется расстоянием от отражающей поверхности до излучателя.

После развертки во времени формируется изображение, представляющее собой совокупность траектории движения структур сердца, встретившихся на пути распространения ультразвукового луча. Для определения количественных показателей, на экране высвечиваются метки времени (через 0,5 с по горизонтали) и расстояния (через 1 см по вертикали). Регистрация эхокардиограмм производится путем фотографирования с экрана эхокардиографа.

Результаты собственных исследований. Толщина задней стенки левого желудочка при диастоле у 5-9 - летних по сравнению 1-4 - летними уменьшается на 1/3 (с $0,9 \pm 0,18$ до $0,66 \pm 0,04$ см), в возрасте 10-14 лет вновь резко утолщается (до $0,85 \pm 0,03$ см), а в последующие периоды незначительно нарастает (табл. 3.1). ТЗСЛЖ при систоле в возрасте 1-4, 5-9 лет почти одинакова (табл. 3.1), в 10-14 лет резко утолщается (от $0,88 \pm 0,07$ до $1,2 \pm 0,07$ см), а в последующие возрастные периоды незначительно увеличивается. Следует отметить, что ТЗСЛЖ в изученных возрастных периодах при диастоле и в систоле увеличивается «ключкообразно». При этом ТЗСЛЖ в возрасте от 5 до 29 лет увеличивается при диастоле на 1/3, а при систоле – на 2/3.

Длина правого желудочка во время диастолы с 1 года до 29 лет увеличивается более чем в 1,5 раза (от $3,59 \pm 0,15$ до $5,63 \pm 0,29$ см), при этом в возрастных группах 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24 лет рост происходит почти равномерно, а в 25-29 лет резко замедляется (табл.3.1). Следовательно, длина ПЖ при

диастоле в изученных возрастных периодах увеличивается в 1,5 раза, при этом по возрастным периодам рост происходит почти равномерно.

Длина ПЖ в систоле в возрасте 1-4, 5-9 лет почти одинакова (табл.3.1), затем, увеличиваясь, становится наибольшей в 25-29 лет (с $2,77 \pm 0,02$ до $4,4 \pm 0,33$ см), при этом несколько более интенсивный рост отмечается в 10-14 и 15-19 лет. Длина ПЖ при систоле в изученных возрастных периодах увеличивается в 1,6 раза, достигая максимальной величины в 25-29 лет.

Ширина ПЖ в диастоле начиная с годовалого возраста увеличивается в 1,8 раза (с $1,98 \pm 0,11$ до $3,63 \pm 0,37$ см), а наиболее интенсивный рост отмечается в 5-9, 15-19 и 25-29 лет. Ширина ПЖ при систоле в возрасте от 1 года до 29 лет увеличивается в 1,7 раза (от $1,74 \pm 0,01$ до $3,05 \pm 0,3$ см), при этом наиболее интенсивно возрастает в 5-9 и 10-14 лет

Выводы. При стенозе лёгочного клапана в возрасте от 1 года до 29 лет эхокардиометрические параметры левых отделов сердца увеличиваются меньше, чем в норме, при этом правое предсердие, правый желудочек достигают своей максимальной величины позже, чем в контрольной группе. Эхокардиометрические параметры левого желудочка при недостаточности трикуспидального клапана отстают в росте от нормы, а правого предсердия, напротив, увеличиваются больше и достигают своего максимума.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА

Бекташев И.Б. - студент 611 группы лечебного факультета.

*Научный руководитель: Собиров А.А. к.м.н. медицинская радиология радиология клиническая лаборатория диагностическое отделение
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. Благодаря сравнительной простоте и возможности неинвазивным путем получать уникальную и разнообразную информацию о состоянии сердца и крупных сосудов во многих странах мира с этой целью с успехом применяются ультразвуковые методы.

Цель исследования. Изучить возрастные особенности эхокардиометрических параметров сердца в норме и при некоторых врожденных пороках сердца.

Материал и методы исследования. Каждому направлению ультразвукового луча соответствует определенная эхокардиограмма. На основании полученных эхокардиограмм проводятся следующие измерения: размер основания аорты – от внутренней поверхности передней стенки аорты до наружной поверхности задней стенки в месте максимального смещения вверх; диаметр аортального клапана при эхокардиографии измеряли из парастерального доступа в проекции длинной оси левого желудочка диаметр дуги аорты – из субпарастерального доступа; диаметр клапана легочного ствола – в парастеральной проекции выводного тракта правого желудочка диаметр митрального клапана (МК) – в апикальной проекции 4 камер. Диаметры определяли во время максимального открытия клапанов. Внутренний размер полости левого предсердия измеряется между наружной поверхностью задней стенки аорты и внутренней поверхностью задней стенки левого предсердия; общая амплитуда движения митрального клапана – по расстоянию между точками С и Е по вертикали; скорость раннего диастолического прикрытия митрального клапана – путем построения касательной к фрагменту Е-Ф по стандартной методике; длина левого желудочка во время систолы – от поверхности эндокарда задней стенки левого желудочка до левой стороны межжелудочковой перегородки. Длина левого желудочка во время диастолы – это наименьшее расстояние между левой стороной межжелудочковой перегородки и эндокардом задней стенки левого желудочка; внутренний размер полости правого желудочка измеряется между неподвижными сигналами от тканей передней грудной стенки и правой стороной межжелудочковой перегородки.

Результаты собственных исследований. Ширина ПП сердца при систоле в возрасте от 1 года до 24 лет увеличивается в 1,7 раза (с $1,88 \pm 0,08$ до $3,31 \pm 0,11$ см), а в 25-29 лет почти не изменяется (табл. 3.1). Следует отметить, что рост ширины ПП сердца при систоле от 1 года до 24 лет происходит почти равномерно (по 0,4 см в каждой возрастной группе). Диаметр дуги легочной артерии в возрасте от 1 года до 14 лет увеличивается равномерно (с $1,6 \pm 0,12$ до $2,4 \pm 0,09$ см), в 15 – 19 лет рост замедляется (табл.3.1), а в 20-24 года вновь возрастает в среднем 0,4 см (до $2,9 \pm 0,12$ см), а в 25-29 лет незначительно уменьшается (до $2,6 \pm 0,13$ см). Рост диаметра дуги легочной артерии в возрасте 1-4, 5-9, 10-14 и 20-24 лет увеличивается равномерно (по 0,4 см). Диаметр кольца легочной артерии, увеличиваясь с годовалого возраста, достигает своего максимума 20-24 годам, а несколько более интенсивный рост происходит в возрасте 5-9 лет. На рис.2.3 показано нормальное положение кольца легочной артерии, аорты на уровне кольца выходного тракта, а также трикуспидального клапана и дуги легочной артерии. Толщина межжелудочковой перегородки во время диастолы в возрасте 1-4 и 5-9 лет почти одинакова (табл.3.1), в возрасте 10 – 14 лет утолщается на 1/3 (с $0,7 \pm 0,07$ до $1,08 \pm 0,12$ см), и эта толщина сохраняется до 24 лет, а в 25-29 лет вновь незначительно утолщается. Толщина МЖП во время систолы в возрасте 1-4 и 5-9 лет также почти одинакова (табл.3.1), начиная с 10 лет она увеличивается и к 29 годам становится наибольшей (с $1,1 \pm 0,06$

до $1,38 \pm 0,1$ см). Следует отметить, что толщина МЖП с возрастом при диастоле увеличивается дугообразно, а при систоле носит восходящий характер. Отмечено, что толщина МЖП наибольшая во время диастолы в возрасте 15-19 лет, а при систоле - в 25-29 лет. При этом толщина МЖП при диастоле от 1 года до 19 лет увеличивается в 1,6 раза, а при систоле от 1 до 29 лет - в 1,5 раза.

Выводы. При стенозе легочного клапана в изученных возрастных периодах наибольшее изменение наблюдается со стороны правого отдела сердца и диаметра дуги аорты. Наибольшие изменения при дефекте межпредсердной перегородки претерпевают эхокардиометрические параметры правого и левого предсердий, левого желудочка, лёгочной артерии и межжелудочковой перегородки, которые достигают максимальной величины позже, чем в норме.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА В НОРМЕ И ПРИ ЕГО ПОРОКАХ

Бекташев И.Б. - студент 611 группы лечебного факультета.

*Научный руководитель: Собиров А.А. к.м.н. медицинская радиология радиология клиническая лаборатория диагностическое отделение
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. Одним из наиболее распространенных видов патологии являются пороки развития сердца и сосудов насчитывающие множество нозологических форм. Частота пороков сердца составляет 6-10 случаев на 1000 новорожденных (Бутман Д.Ж., 1996; Бокерия Л.А. и др., 2005; Perloff J.K. et al., 1998; Vaudhan C.J. et al., 2000). Терапевтический центр города Минска, приводит статистические показатели, согласно которым из 869 детей с изолированными пороками, умерших в возрасте до 1 года, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы отмечались у 23,7% (Лазюк Г.И., 1989; Горбачевский С.В., 2001; Bonow R.W. et al., 1998).

Цель исследования. Изучить возрастные особенности эхокардиометрических параметров сердца в норме и при некоторых врожденных пороках сердца.

Материал и методы исследования. Полученные результаты обрабатывались с помощью метода вариационной статистики (Мерков А.М., Поляков Л.Е., 1974). При этом выведены средние арифметические величины и коэффициенты, характеризующие среднее, среднеквадратичные отклонения, коэффициенты вариации, среднюю квадратическую ошибку. Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента-Фишера.

Результаты собственных исследований. Результаты исследования показали, что длина правого предсердия сердца во время диастолы в возрасте 5-9 лет по сравнению с таковым в возрасте 1-4 лет увеличивается всего в 1,1 раза (с $2,7 \pm 0,09$ до $2,96 \pm 0,16$ см), в возрасте 10-14 лет - почти в 1,5 раза ($4,0 \pm 0,3$ см), затем, постепенно увеличиваясь, становится наибольшей в 25-29 - летнем возрасте (до $4,88 \pm 0,4$ см). Длина ПП сердца при диастоле от 1 до 29 лет увеличивается в 1,8 раза (табл.3.1) а наиболее интенсивно возрастает в возрасте 10-14 лет. Длина ПП сердца во время систолы у детей 5-9 лет, по сравнению с таковой в 1-4 года увеличивается в 1,1 раза (с $2,35 \pm 0,02$ до $2,58 \pm 0,02$ см), в возрасте 10-14 лет резко возрастает, в 1,5 раза (до $3,51 \pm 0,06$ см), в период 15-24 лет существенно не изменяется, а в возрасте 25-29 лет вновь увеличивается (до $4,05 \pm 0,4$ см). Длина ПП при систоле в возрасте от 1 до 29 лет увеличивается в 1,7 раза, причем наиболее интенсивно к 10-14 годам (почти в 1,5 раза). Ширина ПП сердца в возрасте от 1 года до 29 лет увеличивается более, чем в 1,5 раза (с $2,15 \pm 0,12$ до $3,68 \pm 0,35$ см). При этом в возрасте 5-9, 10-14 и 20-24 лет наблюдается равномерное (по 0,4 см), увеличение этого показателя, а в возрасте 15-19 и 25-29 лет рост замедляется. Следовательно, ширина ПП в диастоле в возрасте от 1 года до 14 лет увеличивается интенсивно, затем от 15 до 19 лет замедляется, в 20-24 лет вновь нарастает и в возрасте 25-29 лет стабилизируется.

Выводы. В возрасте от 1 года до 29 лет в контрольной группе из эхокардиометрических параметров сердца наибольшее увеличение претерпевают размеры правого и левого предсердий и правого желудочка. При дефекте межжелудочковой перегородки в наибольшей степени увеличиваются эхокардиометрические параметры левого и правого желудочков, левого предсердия; при этом параметры правого предсердия достигают максимума раньше, чем в норме, левого желудочка - позже, а левого предсердия - одновременно.

ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СОСТОЯНИЕ СИМПАТИКО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ И ЕЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Бекташев И.Б. Студент 6 курса лечебного факультета

*Научный руководитель: Кодирова Г.И., к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. ИБС приобретает в последние годы не только медицинское, но и социальное значение в связи с увеличением заболеваемости, высокой летальностью, потерей трудоспособности различного возраста и профессией.

Цель исследования: Изучение нарушений функционального состояния САС и иммунного статуса у больных ИБС.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 42 больных в возрасте от 30 до 65 лет страдающих ИБС. 42 больных были рандомизированы на 3 группы. У 20-ти больных была диагностирована ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФК II-III; у 11-х – ИБС. QMI; у остальных 11-ти больных ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФК II-IV. ПИКС. Контрольную группу составили 10 относительно здоровых лиц в возрасте 20-45 лет. Определение адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА) и ДОФА в суточной моче производили триоксииндоловым флуориметрическим методом. Для определения в плазме крови иммуноглобулинов использовали метод радиальной иммунодиффузии в геле в модификации Манчини.

Результаты исследования: Уровни интерлейкина-6 у больных стенокардией и ПИКС достоверно не различались, тогда как у больных инфарктом миокарда с зубцом Q показатель составил $118,4 \pm 5,9$ Пкг/мл. В контрольной группе показатель ИЛ-6 составил $26,6 \pm 1,2$ Пкг/мл. При хронических формах ИБС (стенокардия, ПИКС) отмечается снижение уровня выделения А, НА, ДА и ДОФА в суточной моче. Так, суточная экскреция свободного А у больных стенокардией по сравнению со здоровыми лицами снижена на 32,7% ($P < 0,001$), конъюгированного на 19,6% ($P < 0,05$) и суммарного на 26,4% ($P < 0,001$). Экскреция в суточной моче НА у больных стенокардией статистически достоверно ниже контрольного уровня. Выведение свободного НА снижено на 11,1%, конъюгированного на 13,3% и суммарного на 12,3% ($P < 0,05$). Отмечалось снижение суточной экскреции всех фракций ДА по сравнению со здоровыми, свободного на 43,6%, конъюгированного на 43,7% было статистически достоверно, суммарного на 43,7%. Различие в экскреции ДОФА составило 20,7% ($P < 0,05$).

Исследования показали, увеличение содержания в крови ИЛ-6 у больных ИБС коррелирован с тяжестью клинических проявлений и активностью САС.

Заключение. Таким образом, «иммуноцитокиневая» модель патогенеза ИБС не противоречит нейрогуморальной теории, а дополняет наши представления о механизмах развития ИБС.

ОСОБЕННОСТИ НОВОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ОТРАБОТАННОГО ВОЗДУХА

Бекташев И.Б. Студент 6 курса лечебного факультета

*Научный руководитель Кодирова Г.И., к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии
Андижанский государственный медицинский институт*

Анализ выдыхаемого воздуха (ВВ) является безвредным методом, можно исследование проводить в амбулаторных условиях, обладает невысокой стоимостью. Как известно, нарушения метаболизма биогенных аминов имеет место при ишемической болезни сердца (ИБС), о чем свидетельствует обнаружение их и предшественников, а также продуктов обмена в крови и в моче.

Для определения летучих аминов в ВВ у больных ИБС мы использовали газоанализатор аминов, разработанный институтом электроники АН РУз.

Преимущества данного газоанализатора состоит в селективности и высокой чувствительности к аминам, в особенности к вторичным и третичным аминам. В качестве абсорбера мы использовали дистиллированную воду.

Целью данной работы явилось разработка нового неинвазивного метода диагностики ишемической болезни сердца, а также исследование летучих метаболитов биогенных аминов в ВВ.

Материалы и методы исследования: В условиях стационара 50 обследованных были рандомизированы на 3 группы: первую группу (контрольную) составили 10 клинически здоровых мужчин в возрасте 55-60 лет, не предъявляющих жалоб на боли в области сердца и не имеющих на кардиограмме ишемии миокарда; вторую группу – 23 мужчин, в возрасте 55-60 лет с диагнозом ИБС Стабильная стенокардия напряжения ФК II-III; третью группу – 17 больных в возрасте 50-64 лет с диагнозом ИБС. Острый инфаркт миокарда с зубцом Q. Диагноз у всех пациентов выставлен на основании данных клинического наблюдения, лабораторного анализа и функциональной диагностики. По разработанной

методике, анализ ВВ на газоанализаторе аминов проводился в два этапа: получение пробы ВВ и измерение пробы ВВ.

Результаты исследования: Максимальный уровень летучих аминов в ВВ регистрировался в третьей группе и составил $889 \pm 56,2 \times 10^{-9}$ г/л, что оказалось выше контрольной группы ($78 \pm 2 \times 10^{-9}$ г/л) в 11,4 раз. Во второй группе отмечалось относительное повышение аминов в ВВ $91 \pm 3 \times 10^{-9}$ г/л, что было выше группы клинически здоровых в 1,2 раза.

Повышенное содержание летучих аминов в ВВ видимо, связано с нарушением функции симпатико-адреналовой системы при ИБС. Полученные результаты свидетельствуют о возможности диагностики на основе содержания аминов в ВВ у больных ИБС в пожилом возрасте.

Выводы: проведено клиническое испытание газоанализатора аминов на базе кафедры факультетской терапии АндГосМИ при обследовании больных ИБС и изучены изменения содержания летучих метаболитов биогенных аминов в ВВ. Проведенные нами клинические исследования с использованием усовершенствованных методов газового анализа показали, что присутствие метаболитов биогенных аминов в ВВ поможет ранней диагностике ИБС и выбору тактики лечения, а также предотвратит развитие осложнений. Результаты клинических исследований анализа ВВ раскрывают неизвестные ранее механизмы, лежащие в основе метаболизма биогенных аминов у больных ИБС и представляют большой интерес в геронтологическом аспекте. Поэтому, мы предлагаем использование анализа ВВ в кардиологии.

ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

И.Б. Бекташев (студенты 6 курса лечебного факультета)

*Научный руководитель: Р.А. Хакимова, доцент кафедры фтизиатрии
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность: современная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости туберкулезом в Узбекистане характеризуется ростом лекарственной устойчивых форм. Среди множества факторов способствующих развитию устойчивости необходимо отметить нарушение контролируемого лечения на амбулаторном этапе в условиях сельских поликлиник - когда медицинская сестра отпускает лекарства больному на 1-2 недели. Такое грубое нарушение может приводить к тому, что больной не будет принимать препараты и нередко, данный больной может стать источником распространения лекарственно-устойчивого туберкулеза среди здорового населения.

Целью исследования: явилось изучение частоты распространения первичной лекарственной устойчивости в течение одного года, по данным Андижанского противотуберкулезного диспансера.

Материалы и методы исследования: в течение 2020 года в стационар поступило 1604 пациентов, из них у 1146 пациентов по исследованию на аппарате GeneXpertRif выявлена чувствительность к препаратам первого ряда, у 220-пациентов установлена множественная лекарственная устойчивость, у 63 пациентов в референс лаборатории выявлена широкая лекарственная устойчивость (к изониазиду и рифампицину).

Результаты исследования и их обсуждение: из 1604 пациентов, 1266 (78,9%) –это пациенты у которых туберкулез диагностирован впервые и ранее они никогда не получали противотуберкулезное лечение, 338 (22,1%) больных состояли на учете в противотуберкулезном диспансере. Из 220 (13,7%) пациентов с лекарственной устойчивостью: впервые заболевшие составили- 119, больные хроники- 101. Тревожным фактом является то, что 54% больных с множественной лекарственной устойчивостью- это впервые заболевшие пациенты, 96 из которых в анамнезе имели контакт с больными родственниками (отец, мать, брат, сестра, дедушка, бабушка), то есть тесный семейный контакт. Данный факт свидетельствует о том, что нарушение контролируемого лечения в условиях поликлиники может привести к развитию лекарственной устойчивости и распространения среди контактных лиц. Студенты научного кружка кафедры совместно с преподавателями разработали коробку с таймером, позволяющей один раз в течение суток выдать препараты, для приема препаратов на контролируемом амбулаторном лечении. Попытка повторно выдать препараты приводит к поломке коробки. Тем самым предупреждается выдачи препаратов на руки больному для самостоятельного приема на несколько дней. Это обеспечит регулярный и аккуратный прием препаратов, что в конечном этапе приведет к повышению результатов лечения и самое главное предупредит формирование лекарственной устойчивости.

Заключение: для предупреждения развития лекарственно устойчивых форм туберкулеза, повышения эффективности лечения необходимо изыскивать способы, способствующих повышению качества контролируемого лечения на амбулаторном этапе в условиях поликлиники.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Бекташев И.Б., Дильшодов А.Д. - студенты 6 ступени лечебного факультета
Научный руководитель: Юсупова Ш.К. Кандидат медицинских наук, доцент
кафедры госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет - наиболее частое эндокринное заболевание. По последним данным, количество больных сахарным диабетом удваивается каждые 15 лет, а по количеству смертей это заболевание занимает 3-е место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В мире более 50 миллионов больных диабетом. Сахарный диабет поражает как мужчин, так и женщин разного возраста и разных профессий, живущих в разных климатических и социальных условиях. Одним из ключевых аспектов снижения распространения диабета должна стать активная профилактика и раннее выявление этого заболевания, в реализации которого важную роль могут сыграть аптечные организации и фармацевты. Исследования показали, что такие области хорошей аптечной практики, как пропаганда здорового образа жизни, информирование о факторах риска и профилактика заболеваний, в том числе диабета, не находят должного отражения в деятельности аптечных организаций. В данной публикации описаны основные направления деятельности аптек по профилактике диабета.

Цель исследования. С точки зрения системного подхода выявить факторы риска, существенно влияющие на развитие диабета, и разработать модель многофакторной межотраслевой первичной профилактики этого заболевания.

Материалы и методы исследования. Анализ данных регистра СД Андижанской области за 2016-2019 годы показал значительный вклад СД 2 в ухудшение показателей здоровья населения. Смертность от причин, связанных с СД 2, у женщин занимает четвертое место после болезней системы кровообращения, новообразований и травм, отравлений, а у мужчин - шестое, уступая, помимо вышеперечисленных причин, заболеваниям органов пищеварения и дыхания. структура общей смертности населения Андижанской области.

Результат исследования. Результаты исследования подтверждают необходимость своевременной терапии ($Hb A_{1c} > 7,5\%$) препаратами инсулина, имитирующими базальную секрецию инсулина в комбинированной терапии СД, для коррекции углеводного и липидного обмена, снижения ИР и снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности у пациентов с СД в практическом здравоохранении. Проведенные исследования позволяют рекомендовать мониторинг уровня МАУ, который отражает степень прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний и эффективность терапии у пациентов - результаты исследования показали, что инсулинотерапия аналогом инсулина пролонгированного действия Гларгин или инсулином НПХ неэффективна. Комбинация с PSSP позволяет добиться значительного улучшения компенсации углеводного обмена, снижения РИР и МАУ, а также значительного снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и 10-летнего риска смерти от ССЗ у пациентов с типом СД. Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать более раннее и более широкое применение препаратов инсулина (аналог инсулина пролонгированного действия Гларгин или инсулин НПХ) в сочетании с ПСП при лечении диабета 2 типа в практическом здравоохранении.

Заключение. Первичная профилактика диабета - вообще не допустить развития болезни. Вторичная профилактика направлена на предотвращение развития осложнений от имеющегося заболевания. Вторичная профилактика 1 и 2 типа не отличается друг от друга, поскольку преследует одну и ту же цель - нормализацию и сохранение нормального уровня сахара в крови. Только поддерживая уровень глюкозы в крови в пределах нормы, можно избежать развития осложнений. Исходя из этого, вам нужно работать над факторами, которые вы можете изменить. В первую очередь профилактика должна начинаться с устранения лишнего веса, если он есть, потому что он приводит к основной причине диабета - нечувствительности клеток к собственному инсулину.

БЛИЗКОРОДСТВЕННЫЕ БРАКИ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОТОМСТВА

Выполнил: Бекмуротов А.Б, студент 203 группы направление медицинской профилактики
Научные руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М., Каримов А.Х.
Кафедра психиатрии и наркологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Близкородственная связь (БС) – репродуктивные отношения между партнерами, имеющими одного или более общих предков, повышенное количество одинаковых генов и, соответственно, более высокий риск наследственных заболеваний генного происхождения для потомства.

Традиционно, у многих народов поддерживается и приветствуется практика создания новой семьи внутри некоего клана, национальности или религиозной группы. Общий предок зачастую и сам является потомком БС и т.д.

В таких случаях может отмечаться «эффект прародителя»: довольно редкое **наследственное заболевание** или **болезнь с генетической предрасположенностью** будут встречаться значительно чаще, чем в популяции и проявляться у многих членов семьи в нескольких поколениях.

Цель исследования. Анализ проблеме близкородственных браков, оценка их влияния на развитие психической патологии у детей.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач мы провели обследование детей со стоящих на Д учете в АОПНД. Были взяты все больные г. Андижана, из них выбраны семьи с отягощенным родственным браком, и родственным браком с психической отягощенностью.

Обследовав эти семьи, выявили 50 детей, состоящих на учете в АОПНД у которых отмечались психические нарушения в виде задержки умственного развития, олигофрении, наличие судорожных припадков, колебаний настроения, изменения в поведении, а также детей с органическим поражением мозга.

Результаты исследования. Наибольшее число детей падает на возраст 6–10 лет, из них мальчики – 9 (20 %) девочки 11 (22 %). На втором месте дети с психическими расстройствами в возрасте 11–15 лет, среди них девочки — 11 (22 %), мальчики — 8 (16 %). 8 больных детей в возрасте 16–18 лет. Из них 5 (10 %) – мальчики, 3 (6 %) — девочки. И наименьшее количество выявленных психически больных детей относится к возрасту от 1 до 5 лет, это 1 (2 %) мальчик, 1 (2 %) девочка. Таким образом, из содержания таблицы видно, что проявления психических расстройств больше распространяются на возраст 6–15 лет. Это 40 (80 %) больных, из которых мальчиков – 18 (36 %), девочек — 22 (44 %). В контрольную группу были взяты дети с аналогичными психическими расстройствами, но родители этих детей не состояли в родственном браке и не имели психически отягощенной наследственности, эта группа была отобрана на основе 10 % репрезентативной выборки методом случайных чисел (табл. № 2) Из 43 обследованных, в контрольную группу вошли дети, родители которых здоровы, не состоят в родственном браке, без наследственных отягощений психическими заболеваниями. Эту группу разделили по возрасту и полу. Наибольшее число детей падает на возраст 6–10 лет 18 (41,8 %) детей, из них мальчиков — 8 (18,6 %), девочек – 10 (23,2 %). На втором месте дети с психическими расстройствами 11–15 лет, из них мальчиков — 7 (16,3 %), девочек — 9 (21,0 %), подростки 16–18 лет составляют 3 группу, из которых мальчиков – 4 (9,3 %), девочек -3 (7 %) всего 7 (16,3 %) И наименьшее число психически больных детей относится к возрасту от 1 одного года до 5 лет, это 1 (2 %) мальчик, 1 (2 %) девочка. Таким образом, из данной таблицы видно, что проявления психических расстройств больше распространяются на возраст 6–15 лет. Это 34 (79 %) больных, из них мальчиков — 15 (34,9 %), девочек — 19 (44,2 %). При обследовании детей по нозологиям у тематических больных при наличии родственных браков и наследственной отягощенности были выявлены следующие заболевания. На первом месте олигофрения, на втором месте дети с органическим поражением ЦНС и на третьем месте дети с диагнозом эпилепсия.

При анализе этих данных видно, что наибольшее число падает на олигофрению — 26 (74,3 %) из всех обследуемых детей, их них девочек — 16 (45,7 %), мальчиков — 10 (28,5 %). С органическим поражением ЦНС выявлено 5 (14,3 %) детей, где мальчиков 4 (11,5 %) девочек 1 (2,8 %). На третьем месте больные с эпилепсией, всего 4 (11,5 %) детей, из них мальчиков 4 (11,5 %).

При обследовании детей при родственных браках с наследственной отягощенностью были выявлены следующие заболевания: на 1 месте олигофрения, на 2 месте дети с органическим поражением ЦНС и на 3 месте дети с диагнозом эпилепсия.

При анализе этих данных видно, что наибольший удельный вес падает на олигофрению — 34 (68 %) из всех обследуемых детей, из них девочек — 21 (42 %) мальчиков — 13 (26 %) С органическим поражением ЦНС выявлено 10 (20 %) детей, среди которых мальчиков — 7 (14 %), девочек — 3 (6 %). На третьем месте больше с эпилепсией, их всего 6 детей (12 %), из них мальчиков — 4 (8 %), девочек — 2 (4 %)

При анализе психических расстройств по нозологии у тематических больных при наличии родственных браков без наследственной отягощенности были выявлены следующие заболевания. Наибольшее число детей с диагнозом олигофрения, всего 8 (53,4 %) детей, из них мальчики — 3 (20 %) девочки — 5 (33,4 %).

На 2 месте дети с органическим поражением ЦНС, всего заболевших 5 (33,3 %), из них мальчики — 3 (20 %) девочки — 2 (13,3 %) На 3 месте дети с эпилепсией, всего 2 (13,3 %) детей, из них мальчиков — нет; девочек — 2 (13,3 %)

Таким образом, из данной таблицы видно, что олигофрения составляет наибольшее число при обследовании детей, 8 (53,4 %) случаев. Из них мальчиков — 3 (20 %) девочек — 5 (33,4 %) В контрольной группе обследованные дети распределились по следующим нозологиям. Всего 43 больного, из них мальчиков — 20 (46,5 %), девочек — 23 (53,5 %).

На первом месте- дети с диагнозом олигофрения, на 2 месте — дети с органическим поражением ЦНС и на 3 месте — дети с диагнозом эпилепсия. Из этих данных видно, что наибольший удельный вес падает на олигофрению — 30 (69,7 %), из всех обследуемых детей, из них девочек — 18 (48 %), мальчиков — 12 (27,9 %). С диагнозом органическое поражение ЦНС выявлено 7 (16,3) детей, где мальчиков — 5 (11,6 %), а девочек — 2 (4,7 %). На третьем месте больные с эпилепсией, всего 6 (14 %), из них мальчиков — 3 (7 %) девочек — 3 (7 %).

При обследовании было выявлено 50 детей с психическими расстройствами, из них мальчики — 24 (48 %) и девочки — 26 (52 %) в возрасте до 18 лет.

Данную группу разделили по возрасту и полу: от 1 до 5 лет мальчики составляют — 1 (2 %), девочки 1 (2 %). Всего — 2 (4 %) от 6 до 10 лет мальчики составляют 10 (20 %), девочки 11 (22 %) Всего — 21 (42 %) от 11 до 15 лет мальчики составляют 8 (16 %), девочки 11 (22 %).

Всего — 19 (38 %) от 16 до 18 лет мальчики составляют 5 (10 %), девочки 3 (6 %). Данные нозологии шифруются МКБ-10 «Клиническое руководство модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств».

Вывод. Запрет на близкородственные браки (между кровными родственниками первой линии) уходит корнями в глубокую древность. Подобный запрет резко снижает вероятность выкидыша, мертворождения и развития наследственных заболеваний у потомства. С другой стороны, браки между двоюродными братьями и сестрами (родственниками четвертой линии) не является редкостью во многих странах — но детям от таких браков грозит повышенный риск развития психических болезней во взрослом возрасте.

ОПАСНОСТЬ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ ОКАЗАЛАСЬ ПЕРЕОЦЕНЕННОЙ

Выполнил: Бекмуротов А.Б, студент 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М., Каримов А.Х.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. У детей, рожденных в близкородственных браках с наследственной отягощенностью и без таковой, отмечается высокий процент психоневрологических осложнений, в то время как дети, рожденные вне близкого родства, страдали незначительными отклонениями, обусловленными перинатальными факторами.

Цель исследования. Анализ современной научной базы по проблеме родственных браков, оценка их влияния на развитие той или иной патологии у детей.

Материалы и методы исследования. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 47 мальчиков и 53 девочки.

I группу обследованных составили 52 ребенка из семей от близкородственных браков с наследственной отягощенностью.

II группа - 48 детей из семей от близкородственных браков без наследственной отягощенности.

Контрольная группа - 50 детей, родители которых не состояли в родстве и не имели наследственной отягощенности психическими заболеваниями. Группа была отобрана на основе 10 % репрезентативной выборки методом случайных чисел

Результаты исследования. Психические нарушения отмечались у всех детей в виде умственной отсталости, наличие судорожных припадков, аффективных расстройств, патологии поведения, признаков органического поражения головного мозга, выражающихся в неврологическом дефиците различной степени выраженности

При обследовании детей у тематических больных I группы при наличии родственных браков и наследственной отягощенности были выявлены следующие психические расстройства: наибольший процент занимает умственная отсталость различной степени выраженности – 52%, вторая по частоте встречаемости патология – это эпилепсия и неэпилептические припадки – 19%, нарушения поведения наблюдались в 15% случаев, дети с органическим поражением ЦНС составили 14% случаев.

Психические расстройства пациентов II группы отличались от первой группы превалированием судорожных синдромов и эпилепсии (46%), а также органическим поражением головного мозга (28%), на 3 и 4 местах соответственно – умственная отсталость (16%) и патология поведения (10%).

При обследовании детей контрольной группы выявились следующие психические расстройства: задержка психического развития (ЗПР)-40%, минимальная мозговая дисфункция (ММД)-36%, умственная отсталость-3%, судорожные синдромы и эпилепсия-9%, нарушение поведения-2%, органическое поражение ЦНС-10%.

При обследовании детей контрольной группы лидирующие позиции занимают ЗПР (38%) и ММД (36%). На втором месте стоят органические поражения головного мозга (10%) и эпилепсия (10%). Наименьший процент занимают умственная отсталость (4%) и патология поведения (2%). Следует особо отметить отсутствие у детей I и II групп нозологий ММД и ЗПР.

Таким образом, у детей, рожденных в близкородственных браках с наследственной отягощенностью, наиболее часто встречается умственная отсталость. Эпилептический синдром лидирует у детей, рожденных от близкородственных браков без наследственной патологии, зачастую на фоне органического поражения ЦНС. У детей, родившихся вне близкородственных браков и без наследственной отягощенности превалирует минимальная мозговая дисфункция и задержка психического развития.

Вывод. Несмотря на ряд положительных социальных и экономических сторон родственных браков, с точки зрения генетики и медицины следует принять во внимание негативное влияние кровнородственных браков, заключающееся в повышенном генетическом риске для потомства и высокой частоте врожденной

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

патологии у новорожденных. Оценка социо-демографических аспектов близкородственных браков показывает, что их более широкое распространение во многих случаях объясняется плохим экономическим положением, отсутствием образования и низким уровнем социального обеспечения.

СИМУЛЯЦИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНА СЕРДЦА

Бобоев М.М. - студент 4 курса лечебного факультета

*Научный руководитель: Юлдашев Р.Н. - доц. кафедра пропедевтика внутренних болезней
Андижанский Государственный медицинский институт*

Цель: Симуляционное занятие по выполнению операций протезирования клапанов сердца является одним из завершающих блоков при обучении молодых сердечно-сосудистых хирургов.

Материалы и методы: На занятии используется шовный материал из плетеных и монофиламентных нитей. Для имплантации клапана необходима плетеная нить, а для герметизации предсердий и аорты необходима монофиламентная нить и набор общехирургического инструментария: иглодержатель Мотье, хирургический и анатомический пинцеты, скальпель, препаровочные ножницы и ножницы Купера.

Результаты: Первым этапом данного тренинга является проведение теоретической части, где подробно рассказывается об анатомии митрального, аортального и трикуспидального клапанов, об оперативной технике, применяемой при имплантации искусственных клапанов сердца.

Вторая часть тренинга - практическая, в которой, разбившись на пары, группа молодых хирургов познает технику имплантации искусственных клапанов на изолированных нативных тканях сердца животного.

На завершающем этапе проводится контроль правильной ориентации искусственных клапанов сердца по отношению к анатомическим структурам в той или иной позиции, герметизация аорты и предсердий.

Выводы: Молодой хирург самостоятельно проводит каждый этап операции в сопровождении подробного инструктажа старшего хирурга, в классе создается серьезная атмосфера, и молодой хирург лучше запоминает все этапы технологии, что в дальнейшем поможет ему правильно проводить операцию при самоподготовке.

НОВЫЕ ДИАБЕТИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ В УЗБЕКИСТАНЕ ОРГАНИЗАЦИЯ

Бобоев М.М. - студент 4 курса лечебного факультета

*Научный руководитель: Юлдашев Р.Н. - доц. кафедра пропедевтика внутренних болезней
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность: Сегодня диабет диагностирован более чем у 463 миллионов человек во всем мире. В 1980 году эта цифра составляла 108 миллионов во всем мире. Число людей с диабетом в Узбекистане составляет 257 457 человек, из которых 3263 - дети и подростки до 18 лет.

Цели исследования: Целью создания новых «Диабетических центров» является предоставление населению Узбекистана большей информации о диабете, раннем выявлении заболевания, реализации профилактических мер.

Результаты: Сахарный диабет - одно из самых распространенных заболеваний на сегодняшний день. Ежегодно 1,5 миллиона человек умирают от диабета. Ожидается, что к 2045 году число людей с диабетом в мире достигнет 642 миллионов. Заболеваемость среди населения Узбекистана может удвоиться к 2030 году.

Диабет остается актуальным уже много лет. Предлагается создать в регионах диабетические центры, чтобы предоставлять больше информации больным диабетом и устанавливать с ними регулярные контакты. Создание таких центров обеспечит более тесные отношения врачей с населением. Служит развитию медицинской культуры среди населения.

В Диабетическом центре пациентам предоставляется информация о типах заболеваний, о том, как болезнь прогрессирует, а также о заболеваниях, связанных с диабетом. Пациенты получают представление о методах, используемых для лечения заболевания, и о том, как использовать лекарства. Пациенты находятся в постоянном контакте с центром. Центр оснащен всем современным техническим оборудованием, в научных лабораториях которого сотрудники центра могут легко проводить свои исследования. Будет достаточно условий для разработки современных методов лечения и новых лекарств.

Вывод: Создание «Диабетических центров» в Узбекистане позволяет предотвратить распространение диабета среди населения, раннее выявление сахарного диабета, использование эффективных методов лечения. Профилактика развития депрессии у пациентов через развитие медицинской культуры.

ПРИЧИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

*Магистр 1 курса Бозорбоева Г.
научный руководитель PhD Юсупова У.М., 2 Кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель нашего исследования - изучить структуру и причины преждевременных родов.

Нами ретроспективно проанализировано 31 история родов женщин, родоразрешённых преждевременно в Андижанском городском клиническом родильном доме 2 за период с февраля 2017 года по апрель 2018 года. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (р,%) и стандартной ошибки доли (Sp,%).

Очень ранних преждевременных родов в сроке гестации 22-27 недель было 2 (6,45±4,41%), ранних преждевременных родов (28-33 недели беременности) - 5 (16,13±6,61%) и преждевременных родов в сроке 34-37 недель беременности - 24 (77,42±41,81%). Средний срок гестации составил 34,48±3,08 недель. Средний возраст обследуемых женщин равнялся 25,9±5,25%. Оперативно родоразрешены 22 (70,97±8,15%) женщины, причём у 9 (40,91±10,48%) показанием к операции была преждевременная отслойка плаценты, у 6 (27,27±9,5%) - преждевременное излитие околоплодных вод в сочетании с акушерской патологией (тазовое предлежание, гестоз средней степени тяжести, оперированная матка и т.д.), у 4 (18,18±8,22%) - гестоз средней и тяжёлой степени тяжести, не поддающийся медикаментозной терапии, и по 1 (4,55±4,44%) - ножное предлежание, монохориальная двойня, гипотрофия плода в сочетании с прогрессирующим нарушением фето-плацентарного кровотока на фоне медикаментозной терапии. Из 9 (29,03±8,22%) женщин, родоразрешённых через естественные родовые пути, у 8 (88,89±10,48%) было преждевременное излитие околоплодных вод и у 1 (11,11±10,48%) - тазовое предлежание. Средняя масса тела и рост новорожденного составили 2188,59±506,27 г и 44,97±5,9 см, соответственно. Таким образом, наиболее частыми причинами преждевременных родов являлись преждевременное излитие околоплодных вод - у 14 (45,16±8,94%) женщин и преждевременная отслойка плаценты - у 9 (29,03±8,22%).

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ

*Бобокамбаров Н.А. – студент факультета медицинской педагогики
Научный руководитель: Исламов Ш.Э. – доцент кафедры судебной медицины, д.м.н.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. По данным судебно-медицинской практики, повреждения зубов составляет в среднем 2,4 % челюстно-лицевой травмы, а переломы нижней челюсти от 70 до 85 % всех переломов лица неогнестрельного происхождения.

Цель исследования – установить характер и механизм образования повреждений зубов.

Материалы и методы. В качестве материала проведен ретроспективный анализ 30 заключений судебно-медицинских экспертиз, проведенных в амбулаторных отделах Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы в период 2019-2020 гг. Применялись общепринятые методы исследования - макроскопический, рентгенологический, статистический методы исследований.

Результаты исследования. Во всех исследуемых случаях определена тупая травма зубов. Среди них 24 мужчин (80,0%) в возрасте от 12 до 62 лет, 6 женщин (20,0%) в возрасте от 18 до 45 лет. Из анамнеза возникали в результате сильного удара тупого твердого предмета по коронке зуба. Повреждались чаще всего фронтальная группа зубов на верхней челюсти (76,67%) и реже на нижней челюсти (23,33%). Переломы зубов локализовывались в области коронки, шейки и корня зуба. Очень редко встречаются коронково-корневые переломы зубов. Также кроме переломов зубов в 2-х случаях обнаружены трещины зубов, т.е. перелом коронки зуба без отрыва части ее.

В основном встречались травмы центральных резцов на верхней челюсти (93,33%).

При этом в зависимости от величины отломившейся части коронки зуба выделяют: - перелом коронки зуба в пределах эмали (21,5%); перелом коронки зуба в пределах дентина (со вскрытием и без вскрытия полости зуба) (24,7%); отлом коронки зуба (54,8%).

При осмотре перелом коронки зуба чаще всего происходил по косой линии, т.е. под углом к режущему краю ее. В отдельных случаях (13,33%) перелому коронок зубов способствовали аномалии положения зубов и прикуса, а также некоторые пороки развития твердых тканей зуба (флюороз, гипоплазия эмали и др.)

При этом в зависимости от направления линии перелома корней зубов различали косые, продольные, поперечные и оскольчатые. Также в зависимости от локализации различали переломы корня в нижней (ближе к шейке зуба), средней и верхней (ближе к апексу) трети его. Переломы корня зуба, как и любые переломы, были без смещения и со смещением отломков. В последнем случае перелом корня иногда сочетался с неполным вывихом зуба.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Перелом корня зуба определялся на основании осмотра освидетельствуемого и рентгенологических данных. Чаще всего после травмы потерпевший жалуется на боль в зубе при накусывании, а перкуссия зуба болезненна. При этом подвижность зуба зависила от локализации перелома – чем ближе перелом корня к шейке зуба, тем больше степень подвижности коронки зуба. При рентгенологическом исследовании обнаружено нарушение целостности корня зуба, локализация и направление перелома, наличие смещения отломков и др.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что среди освидетельствованных лиц в судебно-медицинской практике в основном преобладали мужчины работоспособного возраста. Травмирование зубов возникало в результате сильного удара тупого твердого предмета по коронке зуба. При этом повреждались чаще всего фронтальная группа зубов на верхней челюсти и реже на нижней челюсти. Переломы зубов локализовывались в области коронки, шейки и корня зуба.

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУРЫ ГОЛОВЫ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА И СВОЙСТВА ТРАВМИРУЮЩЕГО ТУПОГО ПРЕДМЕТА

*Бойманов Ф.Х.-PhD, ассистент кафедры судебной медицины
Мамадиёрова М.А. студент 4 курса лечебного факультета
Научный руководитель: д.м.н., профессор С.И.Индиаминов
Самаркандский Государственный медицинский институт*

В судебно-медицинском отношении для оценки механизма повреждений структуры головы при различных видах тупой травмы по установлению орудий травмы наиболее информативными являются изучения морфологических особенностей повреждений кожно-мышечного лоскута головы и костей черепа. Особенности травмирующих орудий в ряде случаев явно отражаются на повреждениях этих структур, в наибольшей степени в кожном покрове и костях черепа.

Цель исследования. Выявления особенностей формирования повреждений структуры головы от воздействия различных видов тупых и твердых предметов.

Материалы и методы исследования. Изучены характер повреждений у 12 – ти лиц погибших от ЧМТ в результате воздействия тупых твердых предметов имеющих различные соударяющие поверхности. Во всех случаях была проведена судебно-медицинская экспертиза трупов с применениями медико-криминалистических исследований костей черепа и в ряде случаев – кожно-мышечного лоскута головы.

Результаты исследования. Установлено, что от воздействия тупых предметов, имеющих форму ограниченной округлой поверхности на коже теменной области формировались ушибленно-рваная рана, в этой же области на лобной кости имелся вдавленный перелом, которые образовались одновременно в результате ударного воздействия тупого твердого предмета имеющего ограниченную округлую поверхность. Воздействия тупых предметов с преобладающей поверхностью вызвал линейный перелом правой теменной и лобной костей, образовавшийся по механизму сочетания локального разрушения, распора и изгиба (по типу формирования паутинного перелома) формировались в результате ударного воздействия тупого твердого предмета с плоской преобладающей относительно плоскости соударения поверхностью в области сосцевидного угла правой теменной кости. От воздействия тупых предметов, имеющего продолговатую форму, двугранный угол и ограниченную четырехугольную поверхности на коже лобной области головы выявлен ушибленно-рваная рана, образовавшаяся по механизму ударного однократного воздействия тупого твердого предмета, имеющего двугранный угол. На своде черепа полный многооскольчатый перелом лобной, левой теменной и левой височной костей. В тоже время от воздействия тупых предметов, имеющих цилиндрическую форму на своде черепа выявлен многооскольчатый перелом правой и левой теменной, лобной костей, образовавшийся в результате сочетания механизмов изгиба и распора в результате не менее, чем двукратного ударного воздействия тупого твердого предмета, имеющего цилиндрическую форму.

Выводы. Для установления орудия травмы при тупых повреждениях наиболее информативными являются изучения характера и особенностей переломов костей. Характер формирования переломов этих структур помимо силы, направлений воздействия и индивидуальных особенностей организма зависят от формы и размеров тупых твердых предметов.

ДЕЗЛОРГИН В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ

*Ботиров К.З., Турсунбоева Мадинабону Тўлқинбой Қизи
Андижанский государственный медицинский институт*

Несмотря на широкий спектр и различные лекарственные формы противоаллергических препаратов, ученые продолжают поиск и разработку средств нового поколения. Перед учеными поставлена задача – создание лекарств, идеально сочетающих в себе антигистаминную, противоаллергическую,

противовоспалительную активность, при этом свободных от недостатков своих предшественников. В последние годы на фармацевтическом рынке Узбекистана присутствует Дезлоргин оптический изомер лоратодина, селективный обратный агонист H₁-рецепторов.

Цель исследования. Определить клиническую эффективность препарата Дезлоргин у больных различными дерматозами (экземой, крапивницей, атопическим дерматитом, нейродермитом, почесухой).

Материал и методы исследования. Нами было проведено лечение 102 больных (60 мужчин, 42 женщин) экземой, крапивницей, атопическим дерматитом, нейродермитом, почесухой, в возрасте от 10 до 56 лет. Из 102 больных у 35 (20 мужчин, 18 женщин) пациентах была диагностирована крапивница, у 21 (соответственно 10 и 11) – атопический дерматит, у 22 (соответственно 10 и 6) – нейродермит, у 18 (соответственно 7 и 11) – почесуха, у 19 (соответственно 8 и 11) – экзема. Дезлоргин – препарат 3 поколения антигистаминных средств, обладающий мощным и длительным антиаллергическим действием. Дезлоргин – препарат, который начинает действовать уже через 12 минут после приема внутрь, причем независимо от приема пищи и времени суток. Для устранения всех симптомов аллергии достаточно 1 таблетки соответствующей дозировки в сутки, как на ранней, так и на поздней стадии аллергической реакции. Препарат может быть показан для длительного применения (в среднем от 1 до 4 недель, существует также клинический опыт применения препарата до 20 месяцев). Больные принимали по 10 мг 1 раз в день в течение 20 дней.

Результаты. У всех больных наблюдался хороший терапевтический эффект (отмечался полный регресс высыпаний, исчезновение клинического симптома дерматозов, такой как зуд) и увеличение периода ремиссии.

Выводы. Дезлоргин помогает на ранней и поздней фазе аллергической реакции, оказывает антигистаминное и противоаллергическое действие. Он имеет хороший профиль безопасности, не взаимодействует с пищей и лекарственными препаратами. Препарат предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций, оказывает антиэкссудативное, противоаллергическое действие; практически не оказывает антихолинергического и антисеротонинергического действия.

РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Выполнила: Болтабоева Г.И., студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Параноидная шизофрения – это наиболее распространенная форма шизофрении, которая характеризуется бредом, галлюцинациями, бредовыми идеями и ограничением социальных контактов. Причины развития заболевания точно неизвестны, говорят о сочетании факторов, среди которых наследственность, пренатальные патологии, сильные стрессы, перенесенные в детском возрасте. В пожилом возрасте заболевание может развиваться на фоне болезни Альцгеймера.

Параноидная шизофрения достаточно сильно влияет на повседневное функционирование, общение с окружающими, личную жизнь и рабочее состояние пациента.

Цель исследования. Выявление, анализ и определение значения социально-психологических факторов в формировании комплекса побочных эффектов терапии антипсихотическими препаратами у больных параноидной шизофренией.

Материалы и методы исследования. Основным методом исследования был клинико-психопатологический с использованием клинического наблюдения, интервьюирования, анкетирования, анализа анамнестических сведений. В связи с психотическим состоянием больные получали лечение антипсихотическими препаратами, преимущественно в форме их комбинаций, что соотносится с литературными данными.

Результаты исследования. В основу исследования положено утверждение, что у больных шизофренией отношение к лечению нейролептиками, часто не зависит от назначенного вида препарата (Мосолов С.Н., 1998). По данным шкалы РЛИББ выделены две группы: с преобладанием негативных (n=71) и позитивных (n=40) синдромов. Использовалась единовременная оценка изучаемых параметров больными и исследователем. Установлено, что 77,48% (n=86) пациентов отрицали у себя наличие психического заболевания и считали себя психически здоровыми (оценки «5 -7 баллов» по шкале Дембо-Рубинштейн в модификации Т.М. Габ-рияел, 1972).

Клинико-психопатологическое исследование с помощью РАИББ показало разные степени выраженности не критичности к болезни, прослеживаемые у 84,68% (n=94) больных. При этом 95,5% пациентов (n=106) признавали у себя наличие отдельных болезненных симптомов.

Сравнение показателей критичности к болезни в целом и ее отдельным проявлениям обнаруживает достоверные различия (p<0,05). Различия оценки критичности к психопатологическому состоянию с позиций больного и врача может быть связано как с болезненными проявлениями, так и с диссимуляцией.

Выявлено, что симптомы, характеризующие преимущественно «биологические» проявления болезни, не вызывающие социальной стигматизации: головная боль, неприятные ощущения в теле, сниженное настроение, апатия, нарушение сна получили высокие оценки больных (5-7 баллов). Параллельная оценка по РА№8 (шкалы соматической озабоченности, депрессии и пассивно-апатической социальной отгороженности), не обнаруживала достоверных различий, что свидетельствует о достаточно высокой критичности больных.

Симптомы, свидетельствующие о нарушении функционирования индивидуума в обществе, ведущие к стигматизации: нарушение внимания и памяти;

враждебность, раздражительность, вспыльчивость, проявления агрессивности, нарушения поведения, не укладывающиеся в рамки социальной нормативности, обманы восприятия, автоматизмы, получали низкие оценки у пациентов (1-3 балла), согласно РА^Б (4-6 баллов), что свидетельствует о низкой критичности больных к данным нарушениям.

Использование психоактивных веществ больными параноидной шизофренией для коррекции побочных эффектов психофармакотерапии. Проведено анкетирование 92 мужчин больных параноидной шизофренией, проходивших стационарное лечение второй и более раз. Помимо вышеуказанной когорты наблюдалось 17 больных, злоупотреблявших «чифиром» в период проведения нейрорепитивной терапии, а также 22 пациента, злоупотреблявших чифиром и транквилизаторами-бензодиазепинами.

Без применения лекарственных препаратов, с побочными эффектами психофармакотерапии могли справиться 4,35% больных. От неприятных ощущений, возникших в связи с приемом психофармакологических препаратов, по мнению респондентов, помогал избавиться прием корректоров-холинолитиков - 92,39%, транквилизаторов бензодиазепинового ряда - 42%. Данные средства принимались по назначению врача в 47,63% случаев, самостоятельно - в 41,3% случаев. Клинические проявления побочных эффектов, по мнению больных, снижались при интенсивном курении - 46,74%, употреблении крепкого чая - 25%, приеме спиртного - 9,78%, пребывании на свежем воздухе - 7,61%, обильном питье минеральной воды, фруктовых соков - 5,43%, физических упражнениях - 3,26%.

Мнение о необходимости постоянного приема назначенных врачом психотропных препаратов поддерживали 37% больных, а недостаточность назначения корректоров-холинолитиков и транквилизаторов-бензодиазепинов подчеркивали 42,39% и 27,17% пациентов. О случаях одновременного приема психотропных препаратов и спиртного сообщили 41,3% опрошенных. Отрицательное отношение к ограничению употребления в психиатрическом стационаре чая и кофе выявлено у 57,61% больных.

В 70,65% случаев волнение, эмоциональное напряжение, чувство тревога способствовали увеличению интенсивности побочных эффектов психофармакотерапии. В 42,39% больные обменивались информацией о способах коррекции побочных эффектов. 69,57% пациентов, наблюдая у других больных проявления побочных эффектов, выносили собственные суждения об адекватности использования антипсихотических препаратов.

Представления душевнобольных о своем заболевании и общества о душевнобольных сформированы на основании индивидуально-психологического коммуникативного взаимодействия. Архетипические мифологические представления о психопатологии проецируются на социально-психологические характеристики взаимодействия психически больных и общества.

Анализ полученных результатов позволяет рассматривать комплекс побочных эффектов антипсихотической терапии, как следствие взаимодействия психопатологических, индивидуально-психологических и социальных факторов в рамках биопсихосоциальной концепции развития патологических процессов.

Вывод. Сущность работы обусловлена результатами исследования, позволившими конкретизировать и систематизировать представления о возникновении комплекса побочных эффектов терапии нейрорепитивиками у больных параноидной шизофренией, выделить нефармакогенные факторы психосоциального и морбидного характера в их патогенезе.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ А1-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ

Болтабоев Д., студент 3-курса фармакологического факультета

Научный руководитель: Мирзаалимов С.Т.

*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%. Требуемые лечения симптомы ГПЖ имеют место у 60% мужчин старше 50 лет.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Цель исследования. Повысить эффективность и безопасность применения $\alpha 1$ -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 $\alpha 1$ -адреноблокаторы (теразозин, альфузозин, тамсулозин).

Результаты исследования. Клиническая эффективность наиболее часто применяемых $\alpha 1$ -адреноблокаторов (тамсулозин, альфузозин, теразозин) в отношении симптомов нарушенного мочеиспускания и основных уродинамических показателей практически идентична.

Симптоматический эффект после прекращения приема $\alpha 1$ -адреноблокаторов может сохраняться на протяжении до 2-х месяцев. После прекращения приема $\alpha 1$ -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 (IP88) 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 $\alpha 1$ -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 $\alpha 1$ -адреноблокаторы (тамсулозин) могут быть использованы в функциональных прогностических тестах оценки эффективности лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Последовательное назначение вазоактивных и вазонеактивных $\alpha 1$ -адреноблокаторов (и наоборот) не влияет на профиль безопасности препаратов и не приводит к увеличению частоты возникновения побочных эффектов.

Согласно данным суточного мониторинга по влиянию на индекс времени нагрузки давлением, исследуемые препараты можно разместить в следующей последовательности: теразозин > альфузозин > тамсулозин.

Применение $\alpha 1$ -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. Оказывают быстрый эффект α -адреноблокаторы 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.

РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Выполнила: Болтабоева Г.И., студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Переход на стандарты нового поколения требует от медицинских образовательных организаций перестройки взглядов на процесс обучения студентов и акцентирование внимания на профессионализме будущего медицинского работника – профессиональных компетенциях.

Цель исследования. Изучить и оценить эффективность симуляционных технологий на базе Андижанского государственного медицинского института.

Материалы и методы исследования. Для оценки компетентности студентов применяемой модели обучения с использованием симуляционных и традиционных технологий проведено анонимное анкетирование, в котором приняли участие 49 студентов второго курса, Медицинского института по специальности Лечебное дело.

Участники исследования были поделены на две подгруппы. Первая подгруппа из 25 студентов обучалась на манекенах, фантомах и муляжах, другая подгруппа из 24 студентов под руководством преподавателей обучалась на пациентах, друг на друге, или применялся лекционный формат обучения.

Результаты и обсуждение. Симуляционное обучение это обязательный компонент в профессиональной подготовке, использующий модель профессиональной деятельности с целью предоставления возможности каждому обучающемуся выполнить профессиональную деятельность или ее элемент в соответствии с профессиональными стандартами или порядками оказания медицинской помощи.

Условия эффективного использования симуляционного обучения могут быть созданы только в специализированных учебных центрах. На кафедрах должно быть обеспечено теоретическое обоснование деятельности, обязательный контакт с пациентами, как можно большее количество клинических случаев одного и того же состояния, а также при наличии финансовых возможностей формирование отдельных практических навыков на тренажерах в учебных классах. Аттестация должна проводиться в учебных классах учебной виртуальной клиники. При этом учебный план дисциплины должны быть скорректирован с учетом этапа аттестации в Центре симуляционного обучения, методические материалы взаимосогласованные с программами и требованиями профессиональных стандартов на современном уровне.

Преимущество функционирования отдельно – выделенных центров симуляционного обучения коллективного доступа обусловлено:

В – первых, экономической целесообразностью покупки тренажеров. Ряд тренажеров, которые могли бы быть востребованы для качественной подготовки разными кафедрами, имеют очень высокую стоимость. Более дешевые тренажеры вместо покупки одного и то же наименования на разные кафедры могли бы быть закуплены в более широком ассортименте. Персонал, для технического обслуживания этих средств обучения, сконцентрирован в одном месте.

Во – вторых, возможностями проведения качественных ролевых игр, которые невозможны силами только одного преподавателя. Так, например, одной из важных целей обучения в сфере оказания медицинской помощи является необходимость формирования не просто отдельных навыков ее проведения, но и выработка четкого и уверенного поведения в целом по ситуации, а именно необходимость формирования непосредственного алгоритма поведения ситуации, требующей быстрого реагирования. Именно для этой цели мероприятий центра при участии преподавателей в качестве экспертов – это более эффективно.

В – третьих, именно в условиях специально оборудованного центра содержание обучения может быть направлено не только на освоение отдельных навыков, но и на междисциплинарное обучение, работе в команде, выработку безопасных форм профессионального поведения и навыков, общения с «пациентом». Обучение может проходить в форме учебной практики для студентов, практических занятий с использованием современных методов обучения для всех других категорий учащихся.

В – четвертых, одним из преимуществ симуляционного центра это совместное обучение врачей и медицинских сестер, позволяющее им стать настоящей командой. Для лиц, повышающих свою квалификацию прохождение совместных тренингов в имитационной палате пациента или оперблоке, может стать основой для пересмотра тактики работы, с целью повышения удовлетворенности от нее, а также и ее эффективности.

Таким образом, из данного исследования можно сказать что, обучение с помощью симуляторов является одним из эффективных методов обучения в развитии практических навыков и формировании профессиональных компетенций в медицинском ВУЗе.

Правильно организованный методический подход сотрудников кафедры, использование методических разработок алгоритмов практических навыков делают усвоение навыков быстрее, понятнее, закладывается автоматизм и правильность исполнения навыка.

Правильная организация учебного процесса практики с использованием симуляционных технологий приводит к овладению профессиональными практическими навыками на более высоком уровне. Эффективность обучения с помощью симуляционных методов подтверждается самостоятельной работой студентов в рамках учебно – практических занятий.

Тренажеры, используемые в симуляционном обучении, спасают жизнь пациентам, позволяя совершить неизбежные ошибки в период обучения не на живых людях, благодаря чему помогают стать хорошим специалистом каждому. Для этого важно понимать, что целью получения максимальной пользы от занятий с имитацией реальных ситуаций обучающимся необходимо проникнуться сценарием и действовать, как если бы перед ними был не тренажер, а настоящий пациент. Задача преподавателя всемерно способствовать тому, чтобы создавать атмосферу серьезного и ответственного отношения к занятию у каждого обучающегося.

Использование в образовательном процессе технологии симуляционного обучения позволяет повысить самооценку студентов и слушателей, предоставляет возможность каждому обучаемому неоднократно осуществить профессиональную деятельность или ее элемент в соответствии с профессиональным стандартом и порядками оказания медицинской помощи в условиях, максимально приближенных к реальной производственной среде, а значит и подготовить себя к требованиям предстоящей аккредитации.

Вывод. Таким образом, методика симуляционного обучения является наиболее эффективной в подготовке специалиста к практической работе и в современном мире является единственной инновационной педагогической технологией способной уменьшить количество ошибок и повысить качество подготовки и переподготовки медицинских работников.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЭРИТРОПОЭЗА ПРИ АНЕМИИ, НАБЛЮДАЕМОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Болтабоева З.К., магистр 1 курса

*Научный руководитель: Юлдашева Н.Э. -Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Анемия – одно из наиболее частых патологических состояний органов кроветворения у больных. Основным лабораторным критерием анемии является концентрация гемоглобина ниже нормы. В связи с этим необходимо напомнить, что нормативные значения гемоглобина у больных имеют четкие возрастные особенности.

В подростковом возрасте и старше в нормативных значениях гемоглобина появляются половые различия: у девушек нижней границей нормы считают концентрацию гемоглобина 120 г/л, у юношей – 130 г/л. Особо следует подчеркнуть, что любые случаи снижения уровня гемоглобина, в т. ч. сопровождающиеся нормальным и даже повышенным количеством эритроцитов в гемограмме, однозначно должны трактоваться как анемия.

Цель исследования. Оптимизация диагностики, дифференциальной диагностики и контроль эффективности лечения анемии при хронических заболеваниях с помощью изучения показателей эритропоэза.

Материалы и методы исследования. В исследование включены данные, полученные при обследовании и лечении 50 больной и 20 практически здоровых женщин (контрольная группа). Большая часть - это пациентки с заболеваниями женской репродуктивной системы, которые принципиально разделены на пациенток без и с наличием онкологического процесса.

Результаты исследования. При анемиях, связанных с гинекологической патологией, у ряда больных (67%) выявили неадекватно низкую продукцию эритропоэтина степени тяжести анемии ($O/Пlog ЭПО = 0,89 \pm 0,1$, $p < 0,05$), увеличение содержания гепцидина выше нормальных значений ($108,75 \pm 40,08$ нг/л). Полученные данные свидетельствуют, что у части пациенток при заболеваниях шейки матки, яичников, миоме матки железодефицитная анемия имеет признаки анемии хронических болезней, характеризуется снижением количества эритроцитов и увеличением $COЭ$.

У онкогинекологических больных анемии обусловлены снижением продукции эритроцитов, являются гипохромными, характеризуются высокими значениями $COЭ$, неадекватно низкой продукцией эритропоэтина в ответ на гипоксию ($г (Hb - ЭПО) = 0,65$, $log (ЭПО) = 0,01 \times Hb - 0,06$). Снижение концентрации гемоглобина определено у 51% онкогинекологических больных при первичном обследовании. Тяжесть анемии не зависит от наличия хронической кровопотери, связана со стадией заболевания ($г = 0,8$, $p < 0,001$). Особенности анемии при злокачественных заболеваниях женской репродуктивной системы -меньшая связь с уровнем $COЭ$ ($г = 0,26$, $p = 0,05$) и более выраженная гипохромия ($г (Hb - MCH) = 0,40$, $p < 0,01$) по сравнению с онкологическими заболеваниями негинекологического профиля, наличие кровопотери в виде кровянистых выделений и маточных кровотечений в дебюте заболевания (в 36%), низкое содержание ферритина сыворотки ($34,3 \pm 16,5$ мкг/л), нехарактерное для АЗН.

При злокачественных заболеваниях женской репродуктивной системы анемии выявлены чаще ($p < 0,001$), чем при доброкачественных, наиболее характерны высокие значения $COЭ$ (у 67,8% больных, $p < 0,001$) в сочетании с низкими показателями количества эритроцитов. Введено понятие «коэффициента красной крови», определены нормальные его значения (7,79 - 28,47). Выявлено снижение ККК у ряда больных при наличии злокачественного заболевания женской репродуктивной системы, обратная связь со стадией опухоли ($p < 0,05$), уменьшение у больных с неблагоприятным исходом заболевания ($4,4 \pm 2,0$, $p < 0,01$), по сравнению со стойкой ремиссией. При анемии злокачественных новообразований значения ККК меньше нормы (0,51 - 6,15). Для дифференциальной диагностики анемии при гинекологических и онкогинекологических заболеваниях, помимо стандартных эритроцитарных показателей, наиболее применимо исследование ККК, содержания гемоглобина в ретикулоцитах ($p < 0,001$), СРБ (повышение выше 8 мг/л достоверно чаще, $p < 0,01$), гепцидина, содержание которого выше ($233,33 \pm 158,45$ нг/л, $p < 0,05$), чем у гинекологических больных.

Доказана эффективность использования железосодержащих препаратов в течение первого месяца у пациенток с анемией, связанной с доброкачественными заболеваниями женской репродуктивной системы. Прирост концентрации гемоглобина при лечении железодефицитной анемии не зависит от тяжести анемии, ниже 30 г/л в первый месяц терапии при наличии сочетаний патологии женской репродуктивной системы и желудочно-кишечного тракта, выраженной гипохромии эритроцитов ($19,1 \pm 4,3$ чг, $p < 0,05$) и снижении процентного содержания эритрокариоцитов в костном мозге ($18,4 \pm 7,6$ %, $p < 0,05$). Через неделю после

начала лечения выявлен статистически значимый прирост дельты гемоглобина, фракции незрелых ретикулоцитов, количества ретикулоцитов со средней флуоресценцией ($p < 0,01$), которые могут являться ранними маркерами эффективности лечения железо дефицитной анемии при гинекологической патологии.

У онкогинекологических больных выявлено снижение концентрации гемоглобина на всех этапах противоопухолевого лечения. Отсутствие нормализации показателей гемоглобина и количества эритроцитов после окончания лечения основного заболевания в сочетании с высоким значением СОЭ является плохим прогностическим признаком и требует более тщательного обследования и диспансерного наблюдения, так как является признаком неполной ремиссии или раннего рецидива злокачественной опухоли женской репродуктивной системы.

У больных со злокачественными опухолями женской репродуктивной системы при концентрации гемоглобина 70 - 90 г/л необходимо индивидуально оценить необходимость в трансфузии эритроцитов и рассмотреть возможность применения рч-ЭПО, а при снижении гемоглобина ниже 70 г/л в связи с доказанным ухудшением их С5лбъективного состояния показана заместительная гемотрансфузионная терапия. Подтверждена эффективность использования препаратов рч-ЭПО в сочетании с пероральными препаратами железа у онкогинекологических больных с анемией. Данная схема антианемической терапии может быть рекомендована пациенткам с содержанием гемоглобина 90 - 110 г/л, на всех этапах противоопухолевого лечения с учетом запланированного его объема.

Вывод. Результаты работы показывают важность правильной оценки эритроцитарных показателей периферической крови, обмена железа, содержания ЭПО и эритроидного ростка костного мозга, исследования СРБ, гепцидина, ФРТ, как диагностических и прогностических факторов течения основного заболевания.

Сформулированы критерии дифференциальной диагностики анемии при наличии онкологического процесса, введено понятие «коэффициента красной крови», как нового расчетного гематологического показателя, доказана значимость его использования. Выявлено достоверное увеличение содержания гемоглобина в ретикулоцитах, частоты превышения СРБ и содержания гепцидина у онкогинекологических больных.

Доказана эффективность использования препаратов железа при лечении ЖДА, связанной с гинекологическими заболеваниями, составлен протокол лечения ЖДА. Определены «прогностические признаки» низкого прироста НЬ в данной группе. Выявлены ранние маркеры эффективности терапии препаратами железа при гинекологических заболеваниях: фракция незрелых ретикулоцитов (1№), количество ретикулоцитов со средней флуоресценцией (МРИ), дельта гемоглобина (Э-НЬ), рост которых доказан после первой недели терапии.

СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА

Болтабоев А., Абдуллаева К.А.

*Научный руководитель: Усмонова Д.Н., Кафедра факультетной терапии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. За последние десятилетия достигнут значительный прогресс в профилактике и лечении атеросклероза, что привело к улучшению качества жизни и прогноза у больных со стабильным течением ишемической болезни сердца (ИБС).

В связи с широким распространением чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и увеличением числа пациентов, которым планируется проведение реваскуляризации миокарда, возникает потребность в контроле за результатами эндоваскулярного лечения и своевременном предотвращении осложнений.

Цель исследования. Изучение возможностей стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) в оценке клинического состояния больных после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материалы и методы. В исследование были включены 80 больных со стабильным течением ИБС, которым проведено ЧКВ. Через 6 и 12 мес после ЧКВ проводилась стресс-ЭхоКГ.

Результаты исследования. Все пациенты получали медикаментозную терапию в соответствии с рекомендациями до и после реваскуляризации, в том числе двойную антиагрегантную (ацетилсалициловая кислота (АСК) 75–100 мг и клопидогрел 75 мг/сут) и гиполипидемическую терапию. Прекратили прием клопидогрела через 6 мес после ЧКВ 3 (4%) больных, через 12 мес его продолжили лишь 60% больных.

Приверженность к лечению АСК и статинами была высокой в течение всего периода наблюдения (97 и 91% соответственно). Более 67% больных на момент включения в исследование получали иАПФ, прием препаратов к годовому визиту продолжили 64%. β -Адреноблокаторы были назначены 90% больных, к концу периода наблюдения 86% продолжили их прием.

Антагонисты кальция и нитраты длительного действия были рекомендованы к приему 24 и 20% больным соответственно. Через 12 мес потребность в приеме нитратов сохранялась у 6%, а прием антагонистов Ca^{2+} продолжили 22%. Около 20% больных были назначены диуретики, за период наблюдения потребность в их приеме снизилась до 15%.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Через 6 мес после ЧКВ у 89% (69) пациентов отмечалось клиническое улучшение – приступы стенокардии отсутствовали. У 11% (9) стенокардия сохранялась, из них у 6 – более низкого ФК, чем до стентирования. Из 9 больных, имевших стенокардию, ишемия миокарда ЛЖ была зарегистрирована у 5, 3 из них была проведена КГ. Рестенозы у этих больных выявлены не были, однако отмечалось прогрессирование атеросклероза КА в участках, не подвергавшихся ЧКВ.

Отрицательный результат стресс-ЭхоКГ имели 75% (58) больных, в 16% (12) случаев результат был положительный, а у 9% (7) пациентов проба не была доведена до диагностических критериев по объективным причинам (подъем АД, усталость больного). Из 12 больных с положительным результатом стресс-ЭхоКГ 5 была проведена контрольная КГ, при которой выявлено прогрессирование атеросклероза в артериях, ранее не подвергшихся ЧКВ. Через 12 мес после ЧКВ на контрольном визите у 90% (71) больных отсутствовала клиническая симптоматика, в 10% (8) случаев сохранились или возобновились клинические проявления стенокардии.

Из 8 больных со стенокардией 6 была проведена КГ, включая 4 больных с положительным результатом стресс-ЭхоКГ. При обследовании через год отрицательный результат пробы был зарегистрирован у 62% (48) больных, положительный у 14% (11), а у 24% (19) проба была не доведена до диагностических критериев (подъем АД, усталость больного).

Вывод. В течение первого года наблюдения после выполненного чрескожного коронарного вмешательства у большинства пациентов отмечалось как благоприятное клиническое течение заболевания (отсутствие приступов стенокардии), так и улучшение показателей функционального состояния ЛЖ (повышение толерантности к физической нагрузке, увеличение двойного произведения на пике нагрузки, увеличение продолжительности нагрузочной пробы).

Стресс-ЭхоКГ обладает большей чувствительностью, чем нагрузочная электрокардиография в выявлении ишемии миокарда у больных после чрескожного коронарного вмешательства (78% против 66%) в первые 12 мес после реваскуляризации. Больным после реваскуляризации предпочтительнее проведение стресс-ЭхоКГ.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО -ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОСТОРОННЕЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ СТОМОЙ

*Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Султонов Х.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Данная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 127 больных с левосторонней толстокишечной стомой, оперированных на базе кафедры хирургии и урологии Андижанского государственного медицинского института, и хирургического отделения РНЦЭМП Андижанского филиала с 2001 по 2020 гг.

При этом условно выделены два периода:

I - с 2001 по 2010 гг., включающий 73 (57,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, которые подлежали ретроспективному анализу;

II - с 2011 по 2020 гг., включающий 54 (42,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, которым использована усовершенствованная хирургическая тактика и технические приемы операций.

Согласно поставленной задаче исследования после реконструктивно -восстановительных операций нами проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения.

Все послеоперационные осложнения мы условно разделили на осложнения, связанные с формированием анастомоза и хирургические осложнения вне зоны анастомоза. Такое подразделение было проведено на основании оценки характера осложнений, возникших у наших больных, и на наш взгляд, оно в полном объеме позволило провести анализ результатов выполненных операций.

В контрольной группе всего осложнений диагностировано у 28(38,3%) больного. У 45 (61,6%) больных послеоперационный период протекал без осложнений. Из 28 (38,3%) больных у 12(16,4%) мы диагностировали интраабдоминальные осложнения с летальным исходом в 9 (12,3%) случаев. Раневые осложнения - в 10 (13,7%) наблюдений. Экстаабдоминальные осложнения – в 6 (8,2%) случаев.

Анализ результатов восстановления толстой кишки в контрольной группе показал достаточно высокое число осложнений – 38,3%, из них 12,3%- наиболее тяжелых интраабдоминальных.

В основной группе всего осложнений диагностировано у 10(18,5%) больного. У 44 (81,5%) больных послеоперационный период протекал без осложнений. Из 10(18,5%) больных у 4(7,4%) мы диагностировали интраабдоминальные осложнения с летальным исходом в 3 (5,5%) случаях. Раневые осложнения - в 4(7,4%) наблюдений. Экстаабдоминальные осложнения - в 2 (3,7%) случаях.

Анализ результатов восстановления толстой кишки в основной группе показал, что достигнуто определенное уменьшение частоты осложнений – 18,5% (в контрольной - 38,3%), а также тяжелых интраабдоминальных – 7,4% (в контрольной – 12,3%).

Сопоставляя случаи интраабдоминальных осложнений с ходом операции по восстановлению непрерывности толстой кишки, выявлена взаимосвязь развития осложнений со сложностями мобилизации кишки и сложностями формирования анастомоза (100% совпадения).

Также выявлена взаимосвязь частоты развития послеоперационных осложнений с размерами диастеза между культей и колостомой, а также с длиной постколостомической культи.

Анализ результатов хирургического лечения восстановления непрерывности толстой кишки после операций Гартмана показал, что в настоящее время все виды межкишечных анастомозов и способы их формирования имеют право на существование.

Таким образом, тщательный отбор больных с толстокишечными стомами после операции Гартмана к РВО, полноценное обследование с учетом ранее перенесенной операции, точное определение анатомо-топографических соотношений колостомы, постколостомической культи, приводящего участка толстой кишки, окружающих органов и структур, а также их размеры; предварительное планирование на дооперационном этапе хирургической тактики; расширение показаний к инвагинационному способу восстановления непрерывности кишечной трубки, а также учет возможных послеоперационных осложнений позволил улучшить результаты хирургического лечения данного контингента больных.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО - ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ СТОМЕ

*Ботиров Ж.А., Ботиров А.К. Султонов Х.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Данная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 127 больных с левосторонней толстокишечной стомой, оперированных на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ и хирургического отделения РНЦЭМП Андижанского филиала с 2001 по 2020гг.

Благоприятный исход операции также предопределяется ведением раннего послеоперационного периода. Большое внимание уделялось ранней активизации. Полупостельный режим с упражнениями в положении сидя назначался пациентам на следующие сутки после операции. Режим ранней активизации способствовал улучшению вентиляционных показателей.

Ранняя двигательная активность имеет большое значение в предупреждении развития осложнений со стороны сердечно – сосудистой системы. В конце первых суток после операции разрешается садиться на кровати и вставать около нее. На вторые – третьи сутки ходьба по палате.

С целью своевременного восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника, на вторые сутки после окончания операции назначается первый сеанс стимуляции кишечника (очистительные клизмы, постоянная декомпрессия желудка в области соустьев, реглан, церукал, гимнастические упражнения на постели). Учитывая, что всасывающая функция кишечника в 1-2 сутки оказывается сохраненной лишь в отношении ингредиентов солевых растворов, зондовое энтеральное питание в эти сроки осуществлялась за счет 1-1,5 литров полиионных растворов. На 2-3 сутки переходили к энтеральному введению полусубстратных растворов - гидролизатов белков и смесей натуральных продуктов.

Потребность в пластическом материале определяли с учетом степени нарушения обмена веществ, тяжести и объема оперативного вмешательства и величиной патологических потерь. Объем энтерального введения смесей с 3-х суток составлял до 2,5 литров. С переходом на пероральное питание зонд удаляли. Начиная с третьих суток объем питательной смеси, доводился до 3-3,5 литров. Снижался объем вводимого чая, увеличивалась объем бульона, вводились молоко, сливки, яичные желтки. С четвертых суток добавлялись соки.

Ведение послеоперационного периода следует рассматривать как продолжение единой программы лечебных мероприятий, начатых в ходе предоперационной подготовки и самой операции. С некоторой условностью в комплексе лечебных мероприятий послеоперационного периода особое значение имеет восстановление внутренней среды организма, которая решается адекватной, рациональной инфузионной терапией.

По мнению большинства исследователей, дренирование паретически измененной тонкой кишки с последующим ее опорожнением бывает достаточным для восстановления основных физиологических функций. Однако хирурги в последние годы все чаще используют кишечный зонд для проведения интестинальной терапии. В качестве лекарственных веществ для этой цели применяются препараты с детоксикационным и противомикробным эффектами, обладающими свойствами восстанавливать физиологические функции тонкой кишки. После удаления энтерального зонда назначали лечебную диету.

Большое значение имеет нормализация функции дыхания, центральной и периферической гемодинамики. Устранению токсемии способствует инфузионная терапия с применением растворов глюкозы, плазмы и альбумина.

Восстановление двигательной функции кишечника является предметом особой заботы в послеоперационном периоде. Задача это решается комплексно, начиная с декомпрессии кишечника в ходе

операции и в первые дни после нее, с применением симпатолитических или парасимпатомиметических препаратов (церукал, прозерин, реглан) в сочетании с лечебными микроклизмами.

Антибактериальная терапия должна носить превентивный и комплексный характер. Внутривенное или внутримышечное введение антибиотиков широкого спектра действия необходимо сочетать с внутрибрюшным его введением. При подборе комбинации антибиотиков мы руководствовались их совместностью и результатами определения чувствительности микрофлоры. При этом антибактериальную терапию рационально сочетали с использованием вазоактивных и улучшающих реологию крови препаратов.

Для профилактики тромбоэмболических осложнений в ближайшем послеоперационном периоде важное место занимали неспецифические мероприятия: бинтование нижних конечностей эластическими бинтами, что ускоряет кровоток по системе глубоких вен нижних конечностей и препятствует стазу крови в них; раннюю активность больного в кровати; лечебную гимнастику. С целью специфической профилактики нами под контролем свертывающей системы крови в течение 4-5 суток применялся клексан 0,4мл подкожно 1 раз в сутки. Затем, в течение 6-7 суток – никотиновую кислоту.

Все указанные направления лечебного воздействия, проведенные у основной группы, характеризуют лишь общую схему, которая подлежит индивидуальной коррекции и уточнению при лечении каждого больного.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СТОМАХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

*Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Султонов Х.С., Расулов М.Т.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Наш клинический материал, состоящий из 127 больных, охватывает довольно большой промежуток времени (2001-2020 гг.). Мы хотели отметить, что в начальном периоде нашей работы (2001-2010 гг.) у больных с толстокишечной стомой после операций Гартмана, сопровождающихся его резекцией, формировались межкишечные анастомозы в традиционном исполнении с применением двухрядных швов.

Общая подготовка к восстановительной операции была направлена на ликвидацию параколомических осложнений, нормализацию основных клинико-лабораторных показателей и восстановление трофологического статуса пациента.

Все хирургические вмешательства выполнены под стандартным комбинированным эндотрахеальным наркозом. В обеих клиниках превалировала одна хирургическая школа, многие важные моменты операции у изученных больных не отличались друг от друга. В частности, все виды реконструкции толстой кишки после операции Гартмана, проводились открытым доступом, путем широкой срединной лапаротомии, по одинаковой, общепринятой методике ликвидировалась колостома и выделялась приводящая кишка. Вне зависимости от метода наложения анастомоза операция завершалась дренированием брюшной полости и декомпрессией прямой кишки. Тактика ведения послеоперационного периода также была однотипной.

Одной из основных задач исследования было выяснение причин развития ранних послеоперационных осложнений. Для решения этой задачи были выделены условно постоянные показатели и определены группы переменных показателей. К условно постоянным показателям мы отнесли одинаковые показания к операции, почти одинаковые сроки восстановительной операции, объемы операции, одинаковые подходы к предоперационной подготовке и послеоперационному ведению. К переменным показателям мы отнесли данные топографо-анатомических соотношений и вариации выбранной хирургической тактики (вид и способ формирования анастомоза). Следует отметить, что из всех показателей хирург может активно влиять только на выбор тактики.

При выборе способа формирования РВО важную роль играют сроки прошедшие от времени первичной операции. Первые 3-6 месяцев для выполнения РВО поступили 33(26,0%) больных. Из них контрольной группы составили 16 (21,9%), а основной группы 17 (31,5%). В сроки 7-12 месяцев для выполнения РВО поступили 85 (66,9%) больных. Из них больные контрольной группы составили 51 (69,9%), а основной – 34 (63,0%). Больные, поступившие для выполнения РВО, составили лишь 9 (7,1%). Из них контрольной группы – 6(8,2%), а основной – 3 (5,5%). Среди поступивших в сроки более года у 1 больного, время прошедшее от первичной операции до момента выполнения РВО составило 3 года и у 1 – 6 лет.

Хирургами при определении показаний к операции восстановления непрерывности межкишечного соустья в первую очередь учитывали характер выполненной операции и причину, расстояние между приводящей петлей толстой кишки и стомой, которые устанавливалась по выписке из истории болезни и по данным инструментального исследования, а также расположения и состояния стомы и исходного состояния больного.

В связи с этим, по мере накопления клинического опыта и изучения результатов данной методики операции, нами были существенно расширены показания к методике межкишечного инвагинационного анастомоза.

Полученные результаты анализа позволили, основываясь на данных предоперационного обследования, сформулировать условия оптимального выбора варианта анастомоза для восстановления непрерывности толстой кишки после операции Гартмана.

Пациент с заведомо длиной постколостомической культи, диастазом между стомой и культей менее 10 см с подвижным приводящим участком кишки: для восстановления непрерывности толстой кишки может применен любой из вышеперечисленных методов формирования межкишечного анастомоза. Вид анастомоза («конец в конец», «конец в бок», «бок в бок») зависит от соотношения диаметров анастомозируемых участков кишки.

Пациент с заведомо длиной постколостомической культи, диастазом между колостомой и культей более 10 см, с подвижным приводящим участком кишки: для восстановления непрерывности толстой кишки при хорошей мобилизации анастомозируемых участков толстой кишки целесообразно расширить показания к формированию анастомоза инвагинационным способом.

Пациент с короткой постколостомической культей (от 6 до 10 см), диастазом между колостомой и культей менее 10 см, с малоподвижным приводящим участком кишки вследствие выраженного спаечного процесса. Приоритетный выбор анастомоза – «конец бок» инвагинационным способом. В аналогичной ситуации, но при ультрокороткой постколостомической культе, операцией выбора является анастомоз по принципу «конец в конец».

РАЗВИТИЕ У УЧАЩИХСЯ ИНТЕРЕСА К ЧТЕНИЮ

*Буранова Нилуфар Шавкатовна,
преподаватель кафедры узбекского языка и литературы
АГМИ*

В настоящее время проблема развития интереса учащихся к чтению становится проблемой поколения: книга в любой своей форме всё быстрее отдаляется, интерес к чтению падает. Ребёнок, получая огромные информационные нагрузки, быстро утомляется, снижает свою творческую активность и, как результат, отказывается от чтения. В настоящий момент преобладают формы обучения информационного, а не поискового направления, что приводит к получению знаний в «разжёванном» виде, часто обучение строится на запоминании огромного количества фактов, отучая школьника от самостоятельной работы с книгой.

Воспитать творческую личность без книги невозможно: чтение развивает познавательные процессы, личную культуру, формирует восприимчивость. Школьная программа по русскому языку и литературе для общеобразовательной школы ставит задачу научить школьников V, VI и VII классов «осмысленно и бегло» читать научные и учебные тексты, выразительно читать тексты художественного и публицистического стилей. В VIII и IX классах обучение чтению программой уже не предусматривается.

Процесс обучения чтению должен быть непрерывным, начиная с начальной школы, и в идеале должен научить школьника видеть в книге произведение искусства. Традиционно знакомство с литературой в среднем звене начинается с изучения фольклора. Характерной особенностью данного курса является первое знакомство школьника с понятием выразительных средств литературного языка. В этом отношении фольклор является богатейшим материалом таких литературных приемов, как аллегория, сравнение, метафора, эпитеты, олицетворение и другое.

Знание и понимание этих приёмов пробуждает у учащихся интерес к тексту как объекту исследования. А элементы игры и соревнования облегчают обучающемуся ознакомление с начальными понятиями литературоведения и развивают навыки анализа литературных произведений.

Одним из действенных методов повышения у подростков интереса к литературе является акцентирование внимания на юмористические аспекты произведения. Такие задания можно предложить в рамках изучения русской литературы, в первую очередь, это произведения Н.В. Гоголя, Д.И. Фонвизина, Козьмы Прутова, а зарубежной – У. Теккерея, М. Твена и ряда других. При изучении уместно использовать небольшие по объёму литературные жанры: анекдоты, эпиграммы, пародии.

Уроки чтения следует рассматривать как один из этапов подготовки учащихся к самостоятельному воспроизведению мысли. На наш взгляд, наибольший интерес и практический эффект имеют следующие мероприятия: литературные вечера, где предлагается учащимся сценически представить эпизод различных литературных произведений; литературные игры «Что? Где? Когда?», «Самый умный», «Умники и умницы». Данные мероприятия позволяют провести оценку кругозора, сферы интересов, степень восприимчивости художественного текста учащимися, а также проследить динамику интеллектуального развития школьника. Описанный подход к развитию у учащихся читательского интереса позволяет более детально разработать некоторые стороны изучения литературы как в рамках школьного курса, так и за его пределами. К положительным моментам предлагаемого подхода к повышению читательского интереса можно отнести улучшение взаимодействия учителя и учащихся.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРВ МУАММОЛАРИ

Таким образом, предложенные приёмы показывают значительный рост интереса учащихся к литературным произведениям, активизации мыслительной деятельности и, как следствие, общий рост эстетического и интеллектуального образования.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ФИТОТЕРАПИИ

*Бутабоева.М.М., Минаваров.Р.А., Солиев.И.М., Қосимов.И.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Лечение лекарственными растениями – фитотерапия является одним из самых старых средств в медицине.

Лечебное действие настоев и отваров из растений основано при заболеваниях пищеварительной системы на их противовоспалительном, седативном, бактерицидном, спазмолитическом, противоболевом или, стимулирующем воздействием на секреторную или моторную функции желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, гепато–билиарной системы. Обычно используются 5 %, реже 10 % настоев и отвары.

Под динамическим наблюдением находилось 56 женщин в возрасте от 19 до 59 лет. Из них 40 страдали хроническим холециститом. Традиционные методы лечения использовали у 20 (контрольная группа) больных, предложенную комплексную программу реабилитации получили 36 (основная группа) больных.

Всем больным назначали комплексную терапию, включавшую соответствующие режим, диету, лечебную гимнастику, минеральные ванны (традиционная терапия). У больных основной группы такая терапия служила фоновым, базисным лечением. Основным методом лечения этих больных явилась фитотерапия.

Чай с целебными травами Шиповник

Состав: трава амаранта, плоды и цветки боярышника, цветы бессмертника, трава верблюжьей колючки, кукурузные рыльца, трава стевия, листья мяты, трава пол-полы, корень топинамбура, плоды шиповника.

Свойства: желчегонное. **Способ приготовления:** 1 чайный пакетик заваривают 200 мл. кипятка, настаивают 5 – 10 минут. Принимают в тёплом виде 2 – 3 раза в день.

С целебными травами Бессмертник

Состав: цветки бессмертника, листья мяты, плоды шиповника. **Свойства:** мочегонное, желчегонное, поливитаминное. Улучшает обмен веществ. **Способ приготовления:** 1 чайный пакетик заваривают 200 мл. кипятка, настаивают 5 – 10 минут. Принимают в тёплом виде 2 – 3 раза в день.

Преимуществом фитотерапии является то, что применение лекарственных растений в наливном виде не вызывает аллергических реакций и токсических явлений, их можно применять в течение многих месяцев и даже лет, без каких-либо отрицательных воздействий, т.к. со временем не возникает привыкания и не наступает снижение эффективности. Применение вышеуказанных лекарственных растений с целью реабилитации больных с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта позволило уменьшить частоту рецидива, осложнений и улучшить прогноз.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

*Бутабоев М.Т., Солиев И.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Поясничный отдел, как и шейный, является наиболее мобильным отделом позвоночника: в нем возможны движения в сагитальной (флексия и экстензия), во фронтальной (боковые наклоны) плоскостях, вращения (ротация) вокруг вертикальной оси, а также комбинации этих движений. Несмотря на предложенные методы инструментального и математического измерения движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в практике часто используются ориентировочным определением объёма движений по отношению к их нормальному объёму. Отсюда и такая разноречивость данных, полученных различными исследованиями. Для определения подвижности пояснично-крестцового отдела позвоночника нами был предложен прибор, позволяющий определить амплитуду активных движений. Единицей измерения прибора является градус. Установка прибора при каждом измерении в нейтральное положение позволяет точно определить точку отсчёта, что существенно сказывается на достоверности показаний прибора. Данным методом мы определяли мобильность пояснично-крестцового отдела позвоночника у 52 больных при их поступлении и перед выпиской из стационара. Полученные данные сравнивались с данными литературы (по М.Ф.Иваницкому) для здоровых людей. (норма). При инструментальном обследовании больных в большинстве случаев (78,4%) наблюдалось возникновение или

усиление болевого синдрома, особенно при наклонах вперед (74,3%) и назад (61,4%). Боль приводила к защитной мышечной реакции, что выражалось в значительном напряжении мышц спины и тазового пояса, что выражалось в значительном напряжении мышц спины и тазового пояса, что обусловлено влияло на мобильность позвоночника. Следует при этом отметить некоторое снижение подвижности в пояснично-крестцовом отделе позвоночника у всех обследованных больных по сравнению со здоровыми лицами. Особенно заметное снижение подвижности определяется при разгибательных и сгибательных движениях.

Таким образом, у значительного большинства больных при поступлении в остром и подостром периодах определяется уменьшение подвижности в этом отделе. Уменьшение подвижности сопровождается усилением или возникновением боли и напряжением мышц спины и тазового пояса. Возникновение последних можно трактовать как одно из проявлений нестабильности позвоночно-двигательных сегментов позвоночника.

КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКОЙ МАНИПУЛЯЦИИ В ОСНОВЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Бутабоев.М.Т., Қосимов.И.У., Минаваров.Р.А., Солиев.И.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Внимание многочисленных авторов обращено на благотворное влияние физических методов лечения в восстановительной терапии как важнейшего компонента в комплексной этапной реабилитации больных.

Ранняя реабилитация – одна из важнейших её принципов, а потому все организационные и методические её формы должны быть ориентированы на выполнение этой задачи. Основным успеха реабилитационных мероприятий является их комплексность, индивидуальность, а также непрерывность или этапность в их проведении.

Задачей нашего исследования было решение ряд этих вопросов. Базами для наших исследований служили физиотерапевтические больницы, санаторий – профилактории, санатории, базирующиеся в Ферганской долине и Республике Узбекистан.

На базе нашей кафедры восстановительное лечение и физическую реабилитацию проводили по специально разработанным лечебным комплексам, составленные с учетом не только стадии развития основного, но и сопутствующих заболеваний, возраста и переносимости лечения.

Осуществлялись принципы преемственности, непрерывности и индивидуальности. Большую роль в восстановительном лечении придавали использованию рационального источника, сауны, аппаратной физиотерапии и методам восточной медицины. Большое значение имело проведение психологической подготовки больного к предстоящему возвращению его к труду. Число лечившихся под нашим наблюдением за год – 552 в возрасте от 17 до 82 лет, из них мужчин – 52 %, женщин 48 %, в том числе рабочих и служащих – 52,7 %.

При оценке результатов этапного лечения мы пользовались критериями эффективности, разработанными нашим коллективом. У каждого больного при выписке проводили экспертную оценку по субъективным, объективным, клиническим и лабораторным данным.

Положительные результаты этапного лечения были у 89,6 % больных остеохондрозом позвоночника, 84 % больных - неспецифическими воспалительными заболеваниями женских половых органов, 81 % с ревматоидными полиартритами, 13 % - со вторичными бесплодиями женщин. Наше исследование показало эффективность этапного лечения.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

*Бутабоев.М.Т., Солиев И.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Под нашим наблюдением находилось 125 больных остеохондрозом позвоночника, из них остеохондрозом шейного отдела позвоночника страдало 41 (32,8%) человек, грудного отдела - 22 (17,6) пояснично – крестцового отдела – 62 (49,6%).

Все больных обследованы с помощью общепринятых традиционных методов исследования: определение биомеханических нарушений позвоночника, рентгенография, миоэлектродиагностика. Давность заболевания от 1 до 19 лет. Больным с шейным остеохондрозом назначен курс лечения средствами ЛФК по разработанной методике. Для оценки эффективности применения комплекса упражнений до и после лечения использовалась кистевая динамометрия. Её показатели указывают на увеличение мышечной силы кисти, что объясняется улучшением иннервации, кровоснабжения и трофики верхней конечности под влиянием специальных физических упражнений. Показатели динамометрии таковы: до лечения левая кисть $26 \pm 1,4$,

правая – $35\pm 1,9$ кг, после лечения левая – $35\pm 1,7$ и правая – $40\pm 2,03$ кг. Эти показатели статистически достоверны.

У всех больных с явлениями периартрита плечевых суставов с органичением активных и пассивных движений на 8-10 дни объём движений несколько улучшился, исчез болевой синдром, движения стали более уверенными; на 15-18 день занятия отмечено выздоровление, которое сопровождалось положительной динамикой неврологических и биомеханических проявлений болезни.

После курса лечения всем больным рекомендовано выполнение в домашних условиях комплекса упражнений с целью закрепления полученного эффекта и дальнейшей профилактики болезни.

Таким образом, положительные результаты, достигнутые в терапии больных остеохондрозом позвоночника с использованием комплекса лечебной физкультуры, позволяет рекомендовать их для широкого практического применения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИИ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Ваккозов С., студент 314-группы педиатрического факультета
Научный руководитель: Нишонов Д.В., Кафедра пропедевтики детских болезней и
поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время одной из приоритетных задач государственной политики в сфере здравоохранения и образования является поиск эффективных путей сохранения здоровья детей в процессе обучения в общеобразовательных учреждениях. Это обусловлено тем, что в последние десятилетия наблюдается ухудшение здоровья детского населения, особенно школьников.

Особо выделяется этап обучения ребенка в первом классе, являющийся периодом адаптации к школе. Необходимость приспосабливаться к изменившимся условиям существования, учебным нагрузкам, коллективу сверстников и новым взрослым приводит к перестройке деятельности всего организма. Слишком сильное воздействие факторов образовательной среды, не соответствующее адаптивным возможностям ребенка, может провоцировать негативные изменения в состоянии здоровья.

Цель исследования. Выявить особенности заболеваемости детей в зависимости от типа психосоматической конституции.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 729 детей в возрасте от 7–17 лет. Распределение по конституциональным типам в младшем, среднем и старшем школьном возрасте выглядело следующим образом: около половины детей были центроверты (54%, 53%, 55%), количество детей, отнесенных к интровертам (22%, 23%, 22%) и экстравертам (24%, 24%, 23%) было вдвое меньшим и составляло примерно по одной четверти.

Результаты исследования. Интровертам чаще были свойственны атопический дерматит, артериальная гипотония, склонность к обморокам, спастическим запорам, гиперацидным гастритам, бронхоспастическим состояниям, низкой массе тела, частым ОРИ с ринитами и фарингитами, неврозу навязчивых состояний, наблюдалось нарушение осанки во фронтальной плоскости и сколиоз I степени, снижение остроты зрения, аллергический ринит. Наименьшая устойчивость к респираторным заболеваниям интровертов коррелировала с менее стабильным состоянием нейроиммунной системы (увеличенное число эозинофилов и лимфоцитов и уменьшенное лейкоцитов в ОАК) и быстрым и частым возникновением ее дисбаланса при стрессовых ситуациях. У экстравертов чаще встречались артериальная гипертензия, склонность к атоническим запорам, энурез, гипертензионно-гидроцефальный синдром, сколиозы в сагиттальной плоскости, гипертрофия небных миндалин. У центровертов часто отмечались склонность к ожирению, плоскостопие, обусловленное избыточным весом и сниженным мышечным тонусом нижних конечностей.

Вывод. Структура нарушений здоровья и особенности их течения у детей разных типов имеют различия, сочетающиеся с особенностями состояния их регуляторных механизмов и гомеостатических систем, т. е. конституционально детерминированы.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЧРЕЗМЕРНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ УВЕЛИЧЕНИЕМ МАССЫ ТЕЛА

Ваккосов С., студент 314-группы педиатрического факультета

Научный руководитель: Нишонов Д.В.

*Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Вопросы влияния патологической прибавки массы тела во время беременности на рост и развитие плода и новорожденного, их антропометрические, гормонально-метаболические показатели имеют важное клиническое значение, так как адекватно увеличивают вес не более половины беременных. Чрезмерное увеличение массы тела встречается у 40-59% женщин.

Большинство исследований посвящено отдаленным последствиям влияния избыточного гестационного набора массы тела на потомство в разные возрастные периоды в виде формирования ожирения и метаболического синдрома. Также известно, что чрезмерный прирост массы тела у беременных с ожирением и избытком массы тела до беременности приводит к макросомии и гиперинсулинемии у новорожденных, которые сопровождаются асфиксией, патологической желтухой, дезадаптацией сердечно-сосудистой системы, отеком синдромом, значительной потерей массы тела, гипогликемией, гипокальциемией.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния вида вскармливания новорожденных с малой массой тела при рождении на содержание углеводов в крови и кишечном содержимом.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ обследования 143 новорожденных детей с гестационным возрастом 23-38 недель. Новорожденные, включенные в исследование, были разделены на следующие группы: 49 новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и 68 новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ). Обе категории включали детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР). Группу сравнения составили 26 детей с малой массой тела (ММТ) при рождении.

Результаты и обсуждение. Исследование уровня углеводов с калом в раннем неонатальном возрасте у всех детей показало превышение нормально допустимых значений. В позднем неонатальном периоде экскреция углеводов с калом в динамике достоверно увеличилась у детей с ОНМТ с ЗВУР ($p < 0,05$), а также у недоношенных с ОНМТ и ММТ ($p < 0,05$), получавших грудное молоко.

У детей с ЭНМТ с ЗВУР и недоношенностью, ОНМТ с ЗВУР и недоношенностью, а также недоношенных с ММТ, продолжавших получать искусственное вскармливание, экскреция углеводов с калом оставалась повышенной, но в динамике несколько уменьшалась.

При оценке уровня углеводов кала у детей на искусственном вскармливании с ЗВУР и недоношенностью соответствующих весовых категорий достоверных различий также выявлено не было.

Наиболее высокие показатели экскреции углеводов с калом наблюдались у детей с ОНМТ с ЗВУР, а также у недоношенных с ОНМТ и ММТ с достоверно более высокими показателями экскреции углеводов с калом в позднем неонатальном периоде ($p < 0,05$). Полученные данные могут свидетельствовать о более высоких адаптивных способностях ферментных систем желудочно-кишечного тракта у новорожденных с ОНМТ по сравнению с ЭНМТ.

Динамический анализ гликемии крови у детей с ЭНМТ, находившихся на искусственном вскармливании и детей с ОНМТ и ММТ, которые получали как нативное грудное молоко, так и смесь для недоношенных новорожденных, показал, что у всех детей уровень глюкозы крови находился в пределах референтных величин. Однако более низкие значения глюкозы крови на 10 и 20 сутки жизни наблюдались у детей с ОНМТ ($p < 0,05$), которые вскармливались только грудным молоком, по сравнению с детьми, которые получали адаптированную смесь. Аналогичная ситуация отмечалась и с детьми с ММТ. Более низкие значения гликемии крови наблюдались у детей на грудном вскармливании ($p < 0,05$) по сравнению с детьми, которые потребляли адаптированную смесь для маловесных новорожденных.

Анализируя характер вскармливания и уровень гликемии у наблюдаемых детей, следует отметить, что более низкие значения гликемии крови наблюдались у детей, которые получали грудное молоко, по сравнению с детьми, которые потребляли адаптированную смесь, что находится в соответствии с результатами ряда авторов [10]. Этот факт можно объяснить более медленной утилизацией углеводов у детей на искусственном вскармливании и более высокими значениями гликемии крови у этой категории детей.

Выводы. Высокий уровень экскреции углеводов с калом у детей с малой массой тела при рождении в период наблюдения при отсутствии патологических клинических признаков следует расценивать как проявление транзиторной лактазной недостаточности у маловесных новорожденных.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

*Валижонов Б., студент 343-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Ибрагимов М.Б. - Кафедра педиатрии
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[1,3].

В немногочисленных работах отечественной литературы 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[2,4].

Предлагаемые методы иммунотерапии ограничены рамками использования препаратов индукторов интерферона (циклоферона), пероральных иммуноглобулинов (КИП) и других иммуномодуляторов. Не определен алгоритм иммунотерапии нарушений интерферонотаксиса и интерлейкинов в острый период заболевания[1,3].

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, что связано с развитием местной воспалительной реакции в кишечнике и активацией. 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 коррелируется 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 Т-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-а2Б, 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 интерферонотаксиса.

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.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Вафокулова М.Г. - студентка 6 курса педиатрического факультета
Научный руководитель: Ирмухамедов Т.Б.- ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В медицинской литературе описаны наиболее характерные варианты нарушения развития у детей с расстройствами аутистического спектра, которые отражают трудности при формировании основных механизмов аффективной деятельности поведения и сознания. Также имеются данные о наличии первых признаки нарушений со стороны аффективной деятельности, что даёт возможность прогнозировать вероятность аутистического развития до проявления синдрома в полной мере, также определенные сочетания этих признаков, которые позволяют спрогнозировать формирование определенного типа синдрома.

Цель исследования. Изучение клинико-психопатологических аспектов поведенческих нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра.

Материалы и методы исследования. В ходе работы было обследовано 45 детей с аутистическими расстройствами в возрасте от 5 до 13 лет. В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катamnестический методы исследования.

Результаты исследования. Один из более изменчивых диагностических критериев основной группы это - возможность установить глазной контакт, который встречался почти у всех детей от 5 лет до 7 лет, а к 13 годам этот признак был нарушен почти у 65 %. Нарушение формирования речи в виде задержки, наблюдалось у детей с аутизмом в группе от 5-7 лет в 82, 7 % случаев. К 13 годам несформированность речи выражалось почти у половины детей. В возрасте до 10 лет стереотипность речевой функции выявлялась у 65,4 % детей. По течению аутистического процесса у детей наблюдалась следующая картина: непрогредиентное течение составило 52,3 % случаев.

Выводы. Исходя из полученных данных, мы можем сделать вывод о низком уровне социальной адаптации детей с расстройствами аутистического спектра на момент обращения за помощью, обусловленной тяжестью клинических проявлений. Из коммуникативных нарушений наблюдались нарушения в речевой функции. Таким образом, основываясь на полученных результатах, можно предположить, что поведенческие нарушения, выражающиеся в расстройствах коммуникации, уменьшаются с возрастом.

ХАРАКТЕР СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ТУЛОВИЩА У ЛИЦ ПЕШЕХОДОВ ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМУ ПРИ СТОЛКНОВЕНИЯХ С АВТОМОБИЛЯМИ

Гамидов С.Ш.-соискатель кафедры судебной медицины
Юнусова О.Р. студент 2 курса факультета медицинской педагогики
Научный руководитель: д.м.н., профессор С.И.Индияминов
Самаркандский Государственный медицинский институт

Неуклонное возрастание случаев травматизма, в частности дорожно-транспортные происшествия по всему миру, послужили поводом для поиска новых средств и внесения изменений в конструкцию современных транспортных средств, направленных на повышение их безопасности. Использование возможностей современных технологий позволило оснастить автомобиль и других видов транспортных средства с различными средствами активной и пассивной безопасности, позволяющих защищать участников дорожно-транспортные происшествия от травматизации.

Цель исследования – изучения характера и выявления особенностей формирования повреждений органов груди и живота у пешеходов при автомобильной травме.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов судебно-медицинских экспертиз трупов 172 лиц, погибших при столкновениях с движущимися автомобилями. Среди погибших мужчин 135, женщин - 37. Возраст пострадавших до 20 лет; 20-35 лет; 36-60; свыше 60 лет.

Результаты исследования. В составе СТ повреждения груди и органов грудной полости у пешеходов отметили в 142 случаях (80,3%). При этом у 83 пешеходов (51%) отмечены переломы ребер по разным линиям с повреждениями межреберных мышц, париетальной плевры. Переломы чаще всего (43 из 83) были двусторонними, а переломы правых и левых ребер возникали в одинаковой степени (по 20 соответственно). Нередкими были переломы тела грудины (11) и акромиального конца ключицы (11). Со стороны органов грудной полости во всех случаях отмечались кровоизлияния в области корней и других отделов легких. Разрывы стенки сердца, аорты, трахеи, сердечной сорочки наблюдались в единичных случаях. Повреждения ребер, легких и других органов грудной полости сопровождалась гемопневмотораксом. Переломы ребер в 2-х случаях наблюдались по подмышечным и около-грудными

линиями, сравнительно реже - по другим линиям.

Повреждения органов живота у пострадавших - пешеходов отмечены также часто (146 из 172) - 80,5%. При этом во всех случаях были выявлены кровоизлияния капсулы печени, связках и брыжейках желудка, кишечника. В 26 случаях (из 146) определялись повреждения паренхимы, печени, в основном разрывы. Разрывы селезенки отмечены в 15 случаях в тоже время разрывы стенки кишечника выявлены в единичных случаях. Также повреждения органов брюшинного пространства определены в единичных случаях.

Выводы. У лиц пешеходов получивших травму при столкновениях с движущимися автомобилям повреждений органов груди и живота наблюдаются часов (80,3-80,5%). Для данного вида автомобильной травмы характерными являются формирования двухсторонних переломов ребер, повреждения паренхиматозных органов и ушибы органов грудной клетки.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА

*Ганиев Б., Мамасалиев Н.С., Холикова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Заболевания органов дыхания (БОД) продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости. Значительную часть в структуре БОД составляет бронхиальная астма (БА), которая остается наиболее распространенной.

Цель работы. Определить региональные особенности профилактики БА в современных условиях регионов Узбекистана.

Материалы и методы. Были проанализированы сводные отчетные формы с 2016 по 2017 годы о регистрации больных по полу и возрасту с впервые выставленным диагнозом БА по всем областям Узбекистана. Использовались популяционные, клинические, инструментальные, функциональные и статистические методы исследования.

Результаты и выводы. За последние 3 года в ряде регионов Узбекистана отмечался значительный рост распространенности БОД – от 1,5% до 25,2%. В 8 регионах страны при этом отмечено снижение частоты распространенности БА: в Джизакской области – на 15,2%, в Навоийской области – на 5,4%, в Наманганской области – на 40,3%, в Сурхандарьинской области – на 0,9%, в Ташкентской области – на 2,3%, в Ферганской области – на 11,1%, в Хорезмской области – на 0,7% и в Республике Узбекистан в целом – на 2,8%.

Подводя итог, отметим, что в целом в стране за последние годы отмечалось снижение распространенности БОД на 100 000 населения (-3,0%). Также за исследуемый период отмечено снижение распространенности БА как в абсолютных числах (-0,1%), так и на 100000 населения (-3,0%). Кроме того, было отмечено снижение заболеваемости БА и БОД как в абсолютных числах (- 16,3% и – 1,9%, соответственно), так и на 100000 населения (- 18,7% и -4,8% соответственно). Неблагоприятная ситуация по распространенности БА характерна для г. Ташкента, Андижанской, Джизакской, Кашкадарьинской, Ташкентской, Хорезмской областей. Неблагоприятная ситуация по заболеваемости БА характерна для Андижанской, Кашкадарьинской, Сурхандарьинской, Ферганской, Хорезмской областей и Республику Узбекистан.

Эти данные должны быть учтены в реализации региональных программ первичной, вторичной и третичной профилактики БА среди взрослого населения.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕВАЛЕНСА «ГЛАВНЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА

*Ганиев Б., Мамасалиев Н.С., Холикова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Бронхиальная астма (БА) – типичное мультифакторное заболевание, клиническая манифестация которого происходит в результате сложного взаимодействия внутренних и внешних факторов риска.

Цель исследования. Изучение распространенности факторов риска БА в условиях Узбекистана.

Материалы и методы исследования. Популяция взрослого населения (768 чел), сформированная из всех областей Узбекистана; эпидемиологические исследования с использованием популяционных, клинических и инструментальных методов.

Результаты и выводы. Распространенность факторов риска БА по разным регионам колебалась от 1% до 43%. Так, генетическая расположенность к атопии наблюдалась с частотой распространенности от 1% в Ферганской области до 18% в Республике Каракалпакстан. Генетическая предрасположенность к бронхиальной гиперактивности (БГР) наблюдалась с разницей на 17% - от 3% в Республике Каракалпакстан

до 20% в Джизакской области. Аллергены в качестве факторов риска наблюдались с разницей в частоте по регионам на 15% - от 3% в Самаркандской области до 18% в Сырдарьинской области ($P < ,001$). Инфекционные факторы риска БА также отмечались с разницей в уровнях распространенности на 15% - от 3% в Андижанской области до 18% в Республике Коракалпакстан ($P < 0,001$). Надо отметить, что распространенность аэрополлютантов в качестве факторов риска БА зарегистрировались сравнительно высокими показателями. Частота их выявляемости в различных регионах разнятся на 15%: они наблюдались в уровнях от 4% (в Ферганской области) до 19% (в Самаркандской области); $P < 0,001$. Нутритивные факторы риска, по нашему анализу, отмечаются среди взрослого населения регионов страны от 5% (в Бухарской области) до 16% (в Андижанской области), то есть с разницей в уровнях распространенности на 11% ($P < 0,001$). Курение как фактор риска БА в среднем по Республике регистрируется с частотой распространенности 11,5%. Распространенность данного фактора в регионах наблюдается с разницей на 17% - от 3% в Ферганской области до 20% в г. Ташкенте ($P < 0,001$).

Таким образом, нами установлено, что наименее благоприятная эпидемиологическая ситуация по факторам риска БА была в г. Ташкенте и Сырдарьинской области. Наиболее худшая ситуация имело место в Ферганской области. Эти данные представляют интерес, во – первых, для ориентации эпидемиологических научных исследований в будущем в регионах, во- вторых, в планировании «прицельных» профилактических и диспансерных наблюдений; в-третьих, во внедрении инноваций в профилактику БА среди населения в регионах.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ)

*Ганиев Б., Мамасалиев Н.С., Холикова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Перспективным направлением научных исследований в пульмонологии является научно – обоснованная разработка путей оптимизации лечения бронхиальной астмы (БА) в различных географических условиях, в том числе в регионах Узбекистана.

Цель исследования. Изучение эпидемиологической характеристики назначения препаратов больным БА в отдельных регионах Узбекистана.

Материалы и методы. Проводилось фармакоэпидемиологическое исследование (у 768 больных с БА) в регионах Узбекистана. Применялись клинические, фармакоэпидемиологические и статистические методы.

Результаты и выводы. Выявлено, что в г. Ташкенте глюкокортикоидов (ГКС) получали только 50,8 %, в Джизакской области – 49,7%, в Сырдарьинской области – 51%, в Ферганской области 54,4%. Следует отметить, что такое недостаточное применение основного метода лечения БА ингаляционных ГКС (ИГКС) в данных регионах компенсируется интенсивным использованием ГКС внутрь или в виде инъекций. Из числа включенных в исследование 21,9% больных регулярно принимают ГКС внутрь. Только 6,7% больных получали комбинированную (ИГКС + LABA) терапию. В Сурхандарьинской, Сырдаринской и Хорезмской областях LABA практически не использовались. Комбинированные препараты, содержащие в всем составе и ГКС и LABA, получали только 3,5% больных БА.

Наиболее интенсивно назначаемыми у больных БА были ингаляционные бронхолитики. Из числа базисных препаратов наиболее интенсивно ($\text{ДДД s/100} \geq 10$) назначались Беклазон, Фликсомид, Теопек, Преднизолон и Альдецин. Сравнительно интенсивно назначаемыми у больных БА средствами также оказались фенотерол и его комбинации с другими лекарственными средствами как бекламетазон дипропионат и сальбутамол. При терапии БА наиболее активно применялись SABA и ИГКС – 29,5% всех назначений, что в целом соответствует требованиям GINA. Далее, из числа фармакологических групп наиболее интенсивно (ДДД/100 больных, ≥ 10) назначались антигистаминные препараты, системные ГКС и теофиллин.

Заключение. Основной проблемой, приводящей к нерациональным назначениям, являются ошибки врачей при интерпретации тяжести состояния пациента. Среди пациентов с легкой пресистирующей БА 68% не получали ГКС, но вместе с тем 5% больным были назначены LABA без ИГКС, а 3% больных получали ГКС внутрь. Среди больных с тяжелой БА 8% пациентов не получали ИГКС, на долю комбинированной терапии приходилось только 21% случаев и 54% получали ГКС внутрь.

Проведенный анализ позволил заключить, что среди исследуемых пациентов с БА, только в 46,2% случаев проводилась фармакотерапия, соответствующая требованиям GINA.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

*Ганиев Б., Мамасолиев Н.С., Холикова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Изучались эпидемиологические аспекты и основные показатели заболеваемости бронхиальной астмой (БА) в некоторых регионах (областях) Узбекистана. Путем анализа результатов на репрезентативной выборке взрослого населения (768 чел) предложены инновации, которые способствуют оптимизации профилактической службы в реальной клинической практике с медицинскими, экономическими и лечебными эффектами.

В результате проведенной работы мы пришли к следующим выводам:

1. В целом в Республике Узбекистан за последние годы отмечалось снижение распространенности болезней органов дыхания на 100000 населения (- 2,5%). Также за исследуемый период отмечено снижение распространенности бронхиальной астмы (БА) как в абсолютных числах (- 0,1%), так и на 100 000 населения (- 3,0%). Кроме того, было отмечено снижение заболеваемости БА и болезнями органов дыхания как в абсолютных числах (- 16,3% и - 1,9% соответственно), так и на 100000 населения (- 18,7 и 4,8% соответственно). Неблагоприятная ситуация по распространенности БА характерна для г. Ташкент, Андижанской, Джизакской, Кашкадарьинской, Ташкентской, Хорезмской областей, Ферганской и Республики Каракалпакстан.

2. В среднем ФР наблюдались у 11% больных. Наименее благоприятная ситуация по ФР среди больных БА была в г. Ташкент и Сырдарьинской области. Наиболее благоприятная в Ферганской области.

3. Основной проблемой, приводящей к нерациональным назначениям, являются ошибки врачей при интерпретации тяжести состояния пациента. Например, по рекомендациям GINA, больным с диагнозом легкой интермиттирующей БА показаны только SABA, однако врачи в РУ, оценившие состояние больного как БА наиболее легкого течения, в 13% случаев назначали таким больным и ГКС, в 16% - и ГКС в сочетании с LABA, а 16% таких больных ежедневно применяли ГКС внутрь. Среди пациентов с легкой персистирующей БА 68% не получали и ГКС, но вместе с тем у 5% были назначены LABA без и ГКС, а 3% больных получал ГКС внутрь. При БА умеренного течения 25% пациентов не получали и ГКС, только 15 больных получали комбинированную (и ГКС и LABA) терапию, но наряду с этим 12 пациентов принимали и ГКС внутрь. Среди больных с тяжелой БА 8% пациентов не получали и ГКС, на долю комбинированной терапии приходились только 21% случаев и 54% получали ГКС внутрь. Проведенный анализ позволил заключить, что среди исследуемых пациентов с БА, только в 46,2% случаев проводилась фармакотерапия, соответствующая требованиям GINA.

4. Наиболее эффективным способом оптимизации лечения бронхиальной астмы среди взрослого населения регионов Узбекистана является соответствие назначаемых препаратов и доз требованиям GINA.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛАНГИТОМ

*Ганижонов Ж.А, магистр 2 курса
Научный руководитель: Касимов А.Л. - Кафедра общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальность проблемы определяется распространенностью желчнокаменной болезни, встречающейся в индустриально развитых странах у 10 - 15% мужчин и у 25 % женщин и служащих в 95% наблюдений причиной острого холецистита и его осложнений.

Вместе с этим продолжают существовать диаметрально противоположные точки зрения на хирургическую тактику, прежде всего, в острой стадии заболевания, а широко распространенное представление об остром холецистите, как о единственном осложнении желчнокаменной болезни, как показывают наши наблюдения, не исчерпывают всего многообразия возможных осложнений этого заболевания, особенно, если затрагивается часть или вся система «желчный пузырь - желчные протоки - поджелудочная железа».

Цель исследования. Усовершенствование стратегии хирургического лечения холедохолитиаза, осложненным холангитом.

Материалы и методы исследования. Материал и методы исследования В работе представлены результаты обследования и лечения 70 больных холедохолитиазом, находившихся в клинике АГМИ с 2019 по 2021 годы.

Большинство больных (77,6%) составляли лица трудоспособного возраста, в связи с чем вопрос о послеоперационной реабилитации и профилактики функциональных нарушений приобретает социально-экономическое значение.

Результаты исследования. Консервативное лечение холедохолитиаза приводит к запоздалым операциям, на фоне тяжелого состояния больных, прогрессирования деструкции желчного пузыря и в неблагоприятных местных условиях. Главным показанием к хирургическому лечению холедохолитиаза служит обнаружение деструкции желчного пузыря.

Оптимальными являются срочные операции (в первые 1-3 суток после поступления) или отсроченные (через 4-7 суток после поступления), дающие наилучшие ближайшие результаты. Сроки выполнения операции и ее очередность зависит от степени деструкции желчного пузыря.

Превентивная холецистостомия при остром изолированном холецистите оправдана лишь у больных, находящихся в состоянии крайней степени тяжести, что в наших наблюдениях встретилось у 1% больных.

Условия для выполнения лапароскопической или из мини доступа холецистэктомии при остром изолированном холецистите выявлены лишь у 18% больных. В остальных 82% наблюдений выполнена классическая холецистэктомия или, в отдельных случаях, при выраженных инфильтративных изменениях в зоне вмешательства мукоклазии по А.В. Вишневному.

Эндоскопическая папиллотомия при остром холецистите, осложненном холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом, эффективна в 83,5% случаев. При невозможности выполнения ЭПСТ ее неэффективности или возникновении неустраняемых осложнений, показано «открытое» оперативное вмешательство.

Билиарный панкреатит, обусловленный «вклиниванием» камня в БДС, является абсолютным показанием к выполнению и наиболее успешно купируется ЭПСТ, выполненной в первые 24 часа с момента поступления больного. Инфицированный билиарный панкреонекроз с жидкостным компонентом без тенденции к отграничению подлежит «открытому» оперативному вмешательству. Наилучшие результаты в наших наблюдениях дало использование метода «открытого» живота, что позволило достичь летальности среди подобных больных в 31%.

Вывод. Подтверждено мнение о высокой разрешающей способности ультразвукового исследования для раннего распознавания деструкции желчного пузыря и патологических изменений желчных протоков и поджелудочной железы и для определения показаний к хирургическому лечению острого холецистита и его осложнений.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ: РАСПРЕДЕЛЕНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА

*Гозиева Ш.С., Асранкулова Д.Б.
кафедры акушерства и гинекологии №1
Андижанского государственного медицинского института*

Актуальность. Вместе с тем, при надлежащем междисциплинарном менеджменте большинство случаев неблагоприятных исходов являются предотвратимыми. Поскольку последствия тяжелых гипертензивных расстройств снижают качество последующей жизни женщины (высокая частота атеросклероза, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний), а частота нарушения физического, психосоматического развития преждевременно рожденных детей достаточно высока, так же как и риск развития в будущем у них соматических заболеваний, то эта проблема является значимой в социальном и медицинском плане [2,5].

Цель исследования. выявить влияние модифицируемых факторов образа жизни, способствующих развитию несостоятельности мышц тазового дна (на примере запирательной мышцы нижней трети влагалища).

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. Исследование сократительной способности мышц малого таза проводилась по разработанной нами методике с помощью специального устройства (патент на полезную модель № 78415 RU) и методом компьютерного вагинотензометрического исследования (КВТИ) (патент на изобретение № 2364336 RU).

Возраст женщин в обеих группах колебался от 18 до 36 лет, составляя в среднем $25,6 \pm 0,26$ года. Основным фактором, оказывающим воздействие на организм, явилась хроническая интоксикация, которая выявлена у 33 (51,5%) женщин основной и у 5 (12,5%) - контрольной групп. При КВТИ установлено, что минимальная сила тонического сокращения наблюдалась у курящих в основной группе - $12,34 \pm 0,61$ гс, а максимальная - у женщин контрольной группы с отсутствием факторов риска - с продолжительностью более $6,02 \pm 0,3$ с.

Нормальная масса тела наблюдалась у 42 (65,6%) женщин основной и у 32 (80%) контрольной групп. Минимальная сила тонического сокращения наблюдалась у женщин основной группы с дефицитом массы тела - $13,62 \pm 0,68$ гс, а максимальная способность к волевому сокращению - $60,36 \pm 0,60$ гс - у женщин контрольной группы

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Вывод. Результаты промежуточного анализа продемонстрировали позитивное влияние ЗГТ комбинированным препаратом анжелик на уровень АД, степень висцерального ожирения, метаболический статус и клинические проявления климактерического синдрома у женщин в ранние сроки постменопаузы факторы риска развития гипертензивных нарушениях беременных

ПРИОБРЕТЕНИЕ СТУДЕНТАМИ НАВЫКОВ РАБОТЫ САВТОМАТИЗИРОВАННЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ СИСТЕМАМИ

*Ш.А.Гуламов, Д.Т.Комилова
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В медицинских институтах лабораторные работы по предмету биофизика играют огромную роль в глубоком освоении студентами теоретических материалов, в приобретении навыков работы с лабораторными оборудованьями, а также навыков точного физического измерения. Кроме того, медицинская отрасль нуждается в специалистах по клинической инженерии, которые хорошо владели бы с указанными навыками.

В последнее время для проведения лабораторных работ по биофизике всё чаще используются автоматизированные системы. Под понятием “Автоматизированная лабораторная система” понимается, система состоящая из лабораторной установки, совмещенной с персональным компьютером. В таких системах, управление лабораторной работой, задание соответствующих параметров, осуществляется через компьютер.

Цель. Целью данной работы является разработка механизмов приобретения студентами навыков работы с автоматизированными лабораторными системами.

Результаты исследования. Прежде всего, нужно отметить, что для выполнения студентами лабораторных работ по биофизике необходимо, что бы они владели теоретическими материалами, касающихся данной лабораторной работы. Студенты должны иметь не только представление о выполнении данной работы на практике, но иметь возможность проведения анализа полученных результатов. Иметь навык работы на персональном компьютере.

Следует отметить, что решение практической физической задачи в течение занятия – означает определение числового значения некоторой физической величины. Например, определение скорости звука в воздухе и др.

Для решения данной задачи предлагается применить следующий порядок:

1. Теоретическая подготовка для решения задачи;
2. Умение работы на персональном компьютере: навык работы с программами MicrosoftWord, MicrosoftExcel и MicrosoftPowerPoint.
3. Сборка измерительной установки;
4. Проведение эксперимента и измерения;
5. Расчет результатов и определение погрешностей;
6. Анализ проведенной лабораторной работы с учетом применения данного исследования в медицине.

Для повышения качества проведения лабораторной работы с применением автоматизированных систем, предлагается использование таких педагогических технологий как “Студент-ассистент” и “Студент-оппонент”, сущностью которых является ассистирование студента преподавателю во время занятия и оценка студентами деятельности студента-ассистента.

Выводы. Разработан механизм приобретения студентами навыков работы с автоматизированными лабораторными системами. Показана возможность использования, педагогических технологий “Студент-ассистент” и “Студент-оппонент”, что способствует повышению качества лабораторных занятий.

ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

*Гуломова Ш.Р. - 4-курс медико – педагогического факультета
Научный руководитель: Профессор Исраилов Р.И. директор
Республиканского патолого-анатомического центра
Ташкентская медицинская академия*

Актуальность темы: Хирургическое лечение острого калькулезного холецистита(ОКХ) остается одной из наиболее актуальных проблем неотложной хирургии. Начиная с середины XX века число больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) увеличивается вдвое каждые 10 лет и составляет порядка 13–15% взрослого населения большинства развитых стран. Традиционная холецистэктомия (ТХЭ) нередко является достаточно травматичным вмешательством особенно для пациентов пожилого возраста, и часто течение

послеоперационного периода осложняется декомпенсацией сопутствующих заболеваний. Развитие медицинской науки и техники позволившее внедрить в клиническую практику лапароскопический способ оперирования, открыло новые возможности для улучшения результатов хирургического лечения больных ЖКБ. Изучение качества лечения проводится на основании анализа и оценки ближайших и отдаленных результатов, причем если ближайшие результаты, как правило, очевидны и легкодоступны анализу, то отдаленные результаты скрыты и разрознены по объективным причинам, что затрудняет их сбор и вынесение правильных суждений при их анализе. Улучшение ближайших результатов лечения больных ЖКБ, после начала широкого применения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) сделало это вмешательство «золотым стандартом» в плановой хирургии калькулезного холецистита. Исследования последних лет показали, что ЛХЭ может применяться не только при лечении больных с хроническими, но и с острыми формами холецистита. Однако, вопросы оценки эффективности нового способа оперирования требуют анализа не только ближайших, но и отдаленных результатов. В литературе имеются единичные исследования отдаленных результатов ЛХЭ у пациентов пожилого и старческого возраста при остром холецистите. Сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с острым холециститом старше 60 лет на наш взгляд позволит более объективно оценить преимущества и недостатки различных способов оперирования.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных острым холециститом за счет широкого внедрения ранних лапароскопических операций, сокращения показаний к консервативному лечению и декомпрессионным пункционным методам.

Материал и методы исследования. В работе обобщен лечения 25 пациентов с острым холециститом, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Автор придерживается активной хирургической тактики – лапароскопическая операция в первые 3–17 ч после госпитализации при отсутствии абсолютных противопоказаний к пневмоперитонеуму.

Результаты. Рассмотрены технические особенности лапароскопических операций при различных формах острого холецистита. Обсуждаются причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения заболевания – поздняя госпитализация и применение малоэффективной консервативной терапии. Отражены негативные последствия многоэтапных методов лечения острого холецистита. Определен алгоритм раннего радикального хирургического вмешательства. Характер воспалительных изменений стенки желчного пузыря и перивезикальных тканей, а также спаечный процесс в брюшной полости не влияли на принятие решения о сроках проведения операции и выборе метода.

Заключение. Радикальное хирургическое вмешательство в лапароскопическом варианте у подавляющего большинства пациентов с деструктивным холециститом в максимально короткие сроки от начала приступа или поступления в стационар следует рассматривать как операцию выбора, сопровождающуюся минимальным числом осложнений.

КЛИНИЧЕСКИЕ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИЙ ПОРАЖЕНИЙ СТРУКТУРЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*Давранова А.Э.-ассистент кафедры судебной медицины
Махмудова Н.Ш. студент 4 курса педиатрического факультета
Научный руководитель: д.м.н., профессор С.И.Индияминов
Самаркандский Государственный медицинский институт*

Современные методы лучевой диагностики позволили достаточно полно представить характер и особенности позвоночно-спинномозговых повреждений (ПСМП)возникающих при различных видах тупой травмы. Полученные данные систематизированы в классификации различных видов переломов позвоночника. Знания классификаций переломов позвоночника имеют существенное значение в процессе экспертизы (исследований) трупов и живых лиц при ПСМП.

Цель исследования. Изучения наиболее распространенных классификаций переломов шейного отдела позвоночника для клинических и судебно-медицинских задач.

Материалы и методы исследования. Изучена современная учебно-научная литература по данной проблеме и проведена систематизация наиболее распространенных классификаций травм шейных позвонков.

Результаты исследования. В структуре ПСМП переломы шейного отдела позвоночника(ШОП) встречается в пределах 20-40 % и10-20 % случаев сопровождается повреждениями спинного мозга, что является причиной смерти пострадавших в ближайшие сроки травмы.

Верхний шейный отдел:

1.Шейно-затылочная травма (ШЗТ) составляющая около 20%-25% от всех ЧМТ сопровождается повреждениями черепа, структур головного мозга и нервно-сосудистыми структурам шейного отдела. Данный вид травмы сопровождается повреждениями структуры атланта, аксиса, мыщелков затылочной кости и их сочленений.

Выделяют три типа ШЗТ:

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

- I тип - раздробленные вдавленные переломы основания черепа;
- II тип - переломы срезающего типа через затылочные мышечки;
- III тип - переломы с разрывом крыловидных связок

2. Атлант (C_1) обеспечивают движений головы - от сгибательно - разгибательных к ротационным.

Различают три типа переломов атланта.

- I-перелом только передней или задней дуги;
- II-линия перелома проходит через обе дуги;

•III- (истинные взрывные переломы Джефферсона, 1920) – переломы с расхождением кольца в 3-4 местах. Возможен также переломы атланта с поражениями или без повреждений связок.

Взрывные переломы Джефферсона - при которых разрывается кольцо атланта несколько фрагмента со смещениями или без смещений отломков. В 50% случаев эти переломы сопровождаются с повреждениям аксиса и других шейных позвонков.

3. Зуб аксиса (C_2) обеспечивает стабильность атлантоаксиального сочленения. При повреждениях зуба эта стабильность утрачивается и возникает возможность повреждений C_2 . Перелом зуба C_2 формирования как при АТ, так и при падениях, могут наблюдаться и хлыстовой механизм при внутрисалонной АТ и повышении. Различают 3 типа переломов C_2 : I-тип переломы (отрыв) верхушки зуба аксиса, который формируется при максимальной ротации головы, за счет чрезмерного напряжения связок; II-тип перелом в зоне тали и зубовидного отростка, который может сочетаться с взрывным переломом атланта; III-типа формируется у основания зуба в теле аксиса. I-й тип наблюдаются около 65%, II-типа - 28%, III-типа в 7% случаев. Переломы кольца аксиса часто наблюдается при АТ в основном у мужчин.

Нижний шейный отдел.

Повреждения C_3 - C_7 -позвонков составляют около 75% в структур ПСМП. Часто выявляются поражения наиболее подвижных сегментов (C_4 - C_5 - C_6), которые наблюдаются при ДТП (38-60%), падениях с высоты (26-28 %), спортивном травматизме, прыжках в воду (11-12%).

Различают морфологические (основанные на силовых векторов и биомеханической концепции) и балльные классификации нижних шейных позвонков. Силовые векторы учитывают компрессию, дистракцию, флексию, экстензию и ротацию (Allen-Feigussan; Harris; AO/ASIFSpine) и различают 6 групп травм, каждый из них делятся на от 2-х до 6-ти подгрупп (Allen-Fergusson, 1982). Морфологические классификации переломов C_3 - C_7 основанные на биомеханической концепции (AO/ASIF), учитывают наличия поражений заднего опорного комплекса, повреждения которого к нестабильности переломов. Согласно этой классификация различают три вида переломов этих структур: А - компрессионные, В - дистракционные, С – ротационные, каждая из которых делятся на три подгруппы (AO/ASIF).

Выводы. Изучения описанных типов переломов шейного отдела переломов имеют важное значение для клинической практике и они должны быть учтены при судебно-медицинских исследованиях повреждений структуры позвонков и спинного мозга. В процессе обследования больных и исследования тела погибших необходимо точно устанавливать типы и локализации переломов, что может позволить достоверно оценить механизм травмы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНОВ В АКУШЕРСТВЕ

Выполнила: Дадажоновна М.А.

*Научный руководитель: профессор Мухитдинова Т.К. - Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Известно, что характер течения и исход родов во многом зависят от степени биологической готовности беременной женщины. Изменения, происходящие в шейке матки в последние недели беременности, в частности степень ее зрелости, являются наиболее важными прогностическими факторами благополучного течения родов и успеха при проведении родовозбуждения. В то же время в акушерской практике часто приходится сталкиваться с ситуациями, когда необходимо проведение родовозбуждения у беременных при неудовлетворительной зрелости шейки матки. Родовозбуждение в таких случаях может оказаться неэффективным, в родах часто возникают аномалии родовых сил, что приводит к росту частоты оперативных методов родоразрешения. В связи с этим мероприятия, способствующие созреванию шейки матки, занимают важное место в процессе подготовки женщины к родам и родовозбуждению. С этой целью широко используют медикаментозные (простагландины, эстрогены, р-адреноблокаторы) и немедикаментозные (ламинарии, иглорефлексотерапия) методы.

Наилучшие результаты при подготовке шейки матки к родам отмечены при использовании небольших доз простагландина E2 (ПГЕ2) в виде таблеток и интравагинального или интрацервикального геля. Особой популярностью пользуется интрацервикальный гель «Препидил» («Prep1Ш», иррИп), содержащий 0,5 мг ПГЕ 2 (ди-нопростон). После введения геля «Препидил» в цервикальный канал происходит быстрое созревание шейки матки и возникает родовая деятельность. Препарат обладает высокой эффективностью и минимальными побочными эффектами, что обусловлено его преимущественно местным

действием. Недостатками данного средства является высокая стоимость и относительная нестабильность состава, не позволяющая хранить его при комнатной температуре.

В настоящее время вызывает большой интерес возможность использования простагландина E1 с целью подготовки шейки матки [11]. Синтетическим аналогом простагландина E1 (ПГЕ1) является мизопростол, на основе которого выполнено лекарственное средство «Сайтотек» («СуМес», БеаИе), широко применяемое в терапевтической практике для профилактики и лечения язвы желудка. Препарат выпускается в виде таблеток (200 мкг), которые хранят при комнатной температуре. Пероральный прием мизопростола во время беременности может спровоцировать выкидыш, так как он обладает стимулирующим действием на гладкую мускулатуру матки. В то же время интравагинальное использование указанного средства при доношенной беременности в ситуациях, когда необходимо родоразрешение при неудовлетворительном состоянии шейки матки, представляется весьма перспективным.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности интравагинального введения синтетического аналога ПГЕ1 мизопростола («Сайтотек») и интрацервикального введения ПГЕ2 динопростона (гель «Препидил») для подготовки шейки матки и индукции родов при доношенной беременности.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 90 беременных, поступивших для родоразрешения в акушерскую клинику города Андижан за период с июля 2017 по февраль 2018 г. Средний возраст женщин составлял $25,0 \pm 3,1$ г. (от 19 до 35 лет).

Показанием для использования простагландинов являлось наличие незрелой и недостаточно зрелой шейки матки у женщин, нуждающихся в родоразрешении. Основными показаниями для родоразрешения были пролонгированная беременность, хроническая плацентарная недостаточность и гестоз.

Результаты и обсуждение. Все беременные в 1-й и 2-й группах были ро-доразрешены в интервале времени от 8 до 40 ч от начала введения простагландинов (8-37 и 12-40 ч в 1-й и 2-й группах соответственно). В обеих группах женщин не было отмечено случаев непереносимости препаратов. При оценке степени зрелости шейки матки через 12 часов от начала введения простагландинов значимых различий между группами выявлено не было. Как ПГЕ1, так и ПГЕ2 вызывали заметное улучшение характеристик шейки матки, выражавшееся в ее размягчении, укорочении и увеличении проходимости цервикального канала.

Интравагинальное введение синтетического аналога ПГЕ 1 (мизопростол) у 33 (75%) женщин 1-й группы сопровождалось самостоятельным началом родовой деятельности, при этом 25 из них (75,8%) было достаточно введения препарата два раза. Средняя продолжительность времени от введения ПГЕ1 до начала родов составила $7,7 \pm 2,4$ ч. Во 2-й группе беременных на фоне интрацервикального введения ПГЕ2 (динопростон) самостоятельная родовая деятельность возникла у 15 (32,6%) женщин ($P < 0,001$ при сравнении с 1-й группой). Роды в данной группе пациенток начинались в среднем через $11,3 \pm 3,8$ ч ($P = 0,09$ при сравнении с 1-й группой).

Количество влажных родов в течение 12 и 24 ч наблюдения было достоверно выше в группе беременных, получавших ПГЕ 1. При этом средняя продолжительность времени от начала введения препарата до родоразрешения оказалась в этой группе женщин достоверно меньше по сравнению с группой пациенток, получавших ПГЕ 2 (табл. 2). В то же время продолжительность самих родов в исследуемых группах достоверно не различалась ($8,2 \pm 1,7$ и $8,8 \pm 1,4$ ч в 1-й и 2-й группах соответственно).

Вывод. Таким образом, интравагинальное введение мизопростола приводит к быстрому созреванию шейки матки и в большинстве случаев - к возникновению родов. При этом не наблюдается отрицательного влияния на характер течения родов и перинатальные исходы. Механизм действия мизопростола при интравагинальном использовании требует изучения, но, по-видимому, в его основе лежат эффекты, сходные с теми, которые оказывают эндогенные простагландины, в частности, активизация ферментативных процессов, приводящих к изменениям в экстрацеллюлярном матриксе, перестройке волокон коллагена и его деградации, что в итоге выражается в размягчении и раскрытии шейки матки [6, 8]. Интравагинальное применение синтетического аналога ПГЕ 1 мизопростола («Сайтотек») обладает рядом преимуществ по сравнению с интрацервикальным введением ПГЕ 2 динопростона («Препидил»), в частности, более высокой эффективностью в отношении родовозбуждения, простотой применения и невысокой стоимостью. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости более широкого изучения механизмов влияния и возможностей применения синтетического аналога ПГЕ 1 мизопростола в акушерской практике.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕТОДОВ РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОСТАГЛАНДИНА E1

Выполнила: Дадаждонова М.А.

*Научный руководитель: профессор Мухитдинова Т.К. - Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Родовозбуждение или индукция родов - это процесс искусственной стимуляции матки с

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

целью достижения активной родовой деятельности, направленный на родоразрешение через естественные родовые пути.

За последние 20 лет частота индуцированных родов значительно выросла. По данным разных авторов частота родовозбуждения в различных странах значительно варьирует и составляет от 15 до 30% от общего количества родов. В развитых странах частота родовозбуждения выше, чем в развивающихся странах. Это связано с более высоким уровнем медицинской помощи и большим числом экстрагенитальной патологии. По данным некоторых исследований в развитых странах каждый четвертый ребенок рождается в результате индуцированных родов. Наиболее высокий показатель частоты родовозбуждения был зафиксирован в Шри-Ланке и составил 35,5% от общего количества родов.

Актуальность проблемы искусственных родов с точки зрения практического врача акушера-гинеколога так же высока ввиду большого количества показаний к данному вмешательству. К ним относятся такие виды акушерской патологии, как гестоз, пролонгированная и переносная беременность, антенатальная гибель плода, изоиммунизация плода, а также многие виды экстрагенитальной патологии, требующие досрочного прерывания беременности. Одним из ведущих показаний к индукции родов является преждевременное излитие околоплодных вод.

Цель исследования. Изучить эффективность применения простагландинов в зависимости от применяемой дозы ПГ у женщин с «незрелой» и недостаточно зрелой шейкой матки, рожавшей в первый раз.

Материалы и методы исследования. Учитывая, что неподготовленность шейки матки к родам наиболее часто встречается у первобеременных, в целях изучения эффективности применения ПГ были привлечены 48 первородок. Их разделили на 2 группы. 1 группе - 23 беременным вводили интравагинально (ПГЕ 2) – простагландиновый гель в дозе 2 мг и 2 группе - 25 беременным женщинам давали ПГЕ 2 в дозе - 3мг в таблетках с целью родовозбуждения. Показанием к индуцированию родов простагландинами у первобеременных женщин была переносная беременность, гипертензивный синдром, синдром отставания роста плода, тяжелая преэклампсия, маловодие, несвоевременное излитие околоплодных вод, наличие сенсибилизации при резус и грушевой несовместимости, маловодие, сахарный диабет.

Противопоказаниями для применения препарата явились хирургическое вмешательство на матке у беременных, многоводие, многоплодие, крупный плод, кровянистые выделения из половых путей, с антенатальной гибелью плода и преждевременным излитием околоплодных вод при отсутствии биологической готовности к родам.

Возраст обследованных больных составил 23.1 ± 3.4 года, срок беременности 31-43 недели. Состояние шейки матки перед родовозбуждением оценивали в баллах по шкале Bishop. Шейка матки, оцененная менее чем в 4 балла по данной шкале, считается «незрелой» (3,7). В акушерской практике ещё пользовались шкалой М. Burunichil, модифицированной Е. Н. Чернухой (6,8). При оценке шейки матки в 0-2 балла она считается «незрелой», 3-4 балла - «недостаточно зрелой», 5-6 баллов - «зрелой». Изучение исходов индуцированных родов выявлено, что у 75-77% первобеременных роды завершились через естественные родовые пути, у 25-23% было произведено кесарево сечение (11,9). Показаниями к оперативному родоразрешению являются такие осложнения: острая гипоксия плода, клинически узкий таз и гиперстимуляция матки. При сравнительном изучении побочных явлений, вызванных применением простагландинов, было выявлено, что при использовании большой дозы (3мг) ПГ чаще отмечались такие осложнения, как гиперстимуляция матки, ее гипертонус.

Наиболее эффективным методом индуцирования родов у первобеременных с «недостаточно зрелой» шейкой матки является влагалищное введение ПГ геля в дозе 2 мг. При использовании этой дозы эффективность родовозбуждения такая же, как и при более высоких дозах, но число осложнений значительно ниже (9,11). Период от момента введения ПГ геля до инициации родов составил в среднем 16 часов (6-30 часов). От приема таблетированной формы ПГ до начала родовой деятельности в среднем проходило 28 часов. Спонтанное начало родовой деятельности при однократном применении ПГЕ2- геля наблюдалось у 50% первобеременных и у 25% женщин, принимавших таблетки в дозе 3мг.

Вывод. Таким образом, подготовку «незрелой» шейки матки к родам у первобеременных целенаправленно и эффективно проводить ПГЕ2-гелем в дозе 2 мг, что позволит значительно увеличить процент спонтанных родов, снизить их продолжительность, а также существенно уменьшить родостимуляции, что благоприятно как для матери, так и для плода.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ И ИСХОД РОДОВ

Выполнила: Дадаждонова М.А.

*Научный руководитель: профессор Мухитдинова Т.К. -Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В последние годы в акушерстве наблюдается увеличение частоты

индукции родов и в развитых странах их частота колеблется от 11,4 до 29,1 %. Индукция родов не является безопасной процедурой, а эффективность зависит от правильного выбора показаний и противопоказаний.

Индукция считается обоснованной, если ее использование улучшает материнские и перинатальные исходы и не приводит к увеличению числа осложнений. Основным фактором, определяющим готовность организма беременной к родам, является состояние шейки матки, зрелость которой необходима составляющая своевременного начала родовой деятельности и успешного родоразрешения.

В научной литературе все чаще встречается такое понятие как «агрессия» в акушерстве, которая проявляется как по отношению к беременной, так и плоду, поэтому бережное естественное родоразрешение приобрело особую значимость. Своевременная и адекватная подготовка беременных к родам, достижение эффекта «зрелой» шейки матки позволяют рассчитывать на самостоятельное начало родовой деятельности и значительно снизить акушерский травматизм.

Цель исследования. Оценить безопасность и эффективность применения простагландина E1 для подготовки организма беременной к родам и стимуляции родовой деятельности в различных акушерских ситуациях.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач мы обследовали 55 женщин с анамнезом патологии шейки матки.

Результаты исследования. ПГ E1 является высокоэффективным препаратом для подготовки организма беременной к родам и родовозбуждения у женщин с доношенной беременностью и целыми околоплодными оболочками.

ПГ E1 оказывает быстрый выраженный родостимулирующий эффект у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод вне зависимости от зрелости шейки матки и сокращает длительность безводного промежутка, что сопровождается снижением гнойно-септических осложнений.

Применение ПГ E1 для родовозбуждения при преждевременном излитии околоплодных вод имеет преимущество перед применением окситоцина в данной ситуации по клиническим исходам родов, по влиянию на гемодинамику матери и состояние новорожденного.

ПГ E1, вне зависимости от общей дозы и метода введения препарата при проведении подготовки беременной к родам и \ или родовозбуждению, не ухудшает состояние плода и новорожденного.

ПГ E1 не оказывает влияния на показатели центральной гемодинамики женщин с неосложненной беременностью и у женщин с гипертензией, получавших данный препарат для подготовки к родам и \ или родовозбуждению.

Вывод. В оптимальной дозе ПГ E1 не вызывает отрицательных изменений маточно-плацентарно-плодового кровообращения у беременных женщин разных групп акушерского риска, получавших данный препарат для подготовки к родам и \ или родовозбуждению.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК

Даминова К.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Хроническая болезнь почек (ХБП) является неизбежным и естественным исходом практически всех, за редким исключением, нефропатий независимо от их природы, при которых функция почек снижается на протяжении ряда лет и даже десятилетий. Многие люди вообще не догадываются о том, что их почки больны.

Цель исследования. Оценить качество и частоту диагностики ХБП в первичном звене здравоохранения на основании изучения не-модифицируемых и потенциально модифицируемых факторов риска.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 217 больных с органами мочевого выделения, со стабильными формами ИБС и гипертонической болезни, эндокринных заболеваний и сахарным диабетом в условиях первичного звена здравоохранения. Под ХБП понимают наличие маркеров почечного повреждения (характеризующих активность заболевания) и/или снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 мл/мин/1,73 м² (характеризующего стадию и скорость прогрессирования заболевания), сохраняющееся в течение 3 мес и более.

Результаты и их обсуждение. При первичном осмотре у 15% больных в анамнезе выставлен диагноз ХБП, у 37% больных в анамнезе имеются нарушения со стороны почек, отмечаются некоторые факторы риска, но диагноз ХБП не выставлен, у остальных больных диагноз ХБП поставлен на основании вновь выявленных маркеров после нашего исследования. При этом по степени развития ХБП, на основе уровня СКФ, больные распределились следующим образом: 1 степень СКФ 60-89 мл/мин/ 1,73м² (n=54); 2 степень СКФ 45-59 мл/мин/ 1,73м² (n=53); 3 степень СКФ 30-44 мл/мин/ 1,73м² (n=58) и 4 степень СКФ 15 - 29 мл/мин/ 1,73м² (n=52). При исследовании выявлены такие не модифицируемые факторы риска как пол, возраст, вес при рождении и группа крови. Возраст больных варьировал от 18 до 70 лет. При этом отмечается, что среди пациентов преобладали мужской пол и составил 81% обследованных (175 больной) особенно в старшей возрастной группе. Для определения влияния не модифицируемых факторов на

развитие и прогноз ХБП были изучены у данных больных потенциально не модифицируемые факторы риска. Методом анкетирования у обследованных был выявлен целый ряд факторов, ассоциированных с ХБП: наличие АГ и СД, ожирение и нарушение липидного спектра, курение, злоупотребление анальгетиками, малоподвижный образ жизни, ограничение потребления жидкости, наличие ХБП у прямых родственников. Среди них одним из распространенных явилось курение. Курящими были 174 человека (80,1%), некурящими - 32 (14,7%) и 11 человек (5,1%), утверждали, что бросили курить более 1 года назад. Основными заболеваниями, по поводу которых пациенты в поликлинику, в 91 % случаев (197 чел.) была артериальная гипертензия (АГ). Второй по частоте наблюдалась ИБС у 59 % пациентов, которая нередко сочеталась с АГ, СД и другими заболеваниями. Сахарный диабет 2 типа имели 46 пациента (21,2%). Еще одним маркером постановки диагноза ХБП явилось наличие альбуминурии. Больных с наличием стойкой микроальбуминурии, без проявлений было 22%, со стойкой протеинурией 15% и с нефротическим синдромом 24%. Это может говорить о том, что начальные признаки ХБП отмечаются без клинических проявлений.

Выводы. Таким образом необходимо отметить важность оценки факторов риска ХБП не только у больных с почечной патологией. При обследовании больных с такими заболеваниями как СД, ГБ или наличие АГ, ХСН, диффузными заболеваниями отмечается наличие ХБП и без начальных ее клинических проявлений. Необходимо оказывать особое внимание на больных у которых имеются сочетание как модифицируемые, так и не модифицируемые факторы риска, как маркеров наличия и прогрессирования ХБП.

ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ COVID-19

*Даминова М.Н., Абдуллаева О.И., Даминова Х.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкентская медицинская академия*

Вирусные заболевания не знают границ. В настоящее время вслед за вспышкой коронавирусной инфекции 2019 года (COVID-19) заболевание лавинообразно распространяется по всему миру и обнаруживает многочисленные эпицентры.

Коронавирусная инфекция COVID-19 – острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом вируса из рода коронавирусов SARS-CoV-2 с аэрозольно-капельным и контактно-бытовым механизмом передачи, с тропностью к легочной ткани, протекает от бессимптомного вирусоносительства до клинически выраженных форм заболевания, характеризующихся интоксикацией, воспалительным процессом верхних и нижних дыхательных путей, вплоть до пневмонии с риском развития тяжёлого острого респираторного дистресс-синдрома и сепсиса

Исторические сведения. До 2002 г. коронавирусы рассматривались в качестве агентов, вызывающих нетяжелые заболевания верхних дыхательных путей (с крайне редкими летальными исходами). В период с 2002 по 2004 гг. коронавирус SARS-CoV из рода *Betacoronavirus* (резервуар – летучие мыши, промежуточный резервуар – циветты) впервые стал причиной развития эпидемии так называемой атипичной пневмонии – ТОРС. Всего за период эпидемии в 37 странах по миру было зарегистрировано более 8000 случаев, из них 774 со смертельным исходом. В 2012 году мы узнали о новом коронавирусе MERS(MERS-CoV), возбудителем ближневосточного респираторного синдрома. Основным природным резервуаром коронавирусов MERS-CoV являются верблюды. Очередная эпидемия, вызванная коронавирусом MERS-CoV (резервуар - одnogорбые верблюды), также из рода *Betacoronavirus* - ближневосточный коронавирусный синдром, началась в 2012 г. на Аравийском полуострове (82% случаев в Саудовской Аравии). До 2020 г. зарегистрировано 866 летальных исходов от MERS. В конце 2019 года в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй), возбудителю которой было дано временное название 2019-nCoV. Инфекция стремительно распространилась по всей территории Китая, и уже через месяц Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ; World Health Organisation, WHO) признала вспышку инфекции, а 11 марта 2020 г. была объявлена пандемия [3]. С начала января эпидемическая ситуация по COVID-19 меняется ежедневно, и, по данным ВОЗ, к концу апреля 2020 г. коронавирусная инфекция была зарегистрирована более чем в 212 странах мира. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2. Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным. Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония, у 3-4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). У части больных развивается гиперкоагуляционный синдром с тромбозами и тромбоэмболиями, поражаются также другие органы и системы (центральная нервная

система, миокард, почки, печень, желудочно-кишечный тракт, эндокринная и иммунная системы), возможно развитие сепсиса и септического шока.

Заключение. Таким образом первые результаты исследования свидетельствуют о важности профилактики и своевременного выявления коронавирусной инфекции у детей.

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ИХ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

*Выполнил: Джураев Н.Н докторан 2 курса,
Научные руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.
Кафедра психиатрии и наркологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Решение проблемы профилактики суицидального поведения несовершеннолетних носит комплексный, системный и междисциплинарный характер, требует непрерывного повышения уровня компетентности педагогических работников по вопросам раннего выявления признаков суицидального поведения и оказания психолого-педагогической помощи детям в кризисных ситуациях, оперативного реагирования.

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения. Суицидальное поведение встречается как в норме (без психопатологии), так и при психопатиях и при акцентуациях характера – в последнем случае оно является одной из форм девиантного поведения при острых аффективных или пато-характерологических реакциях.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение закономерностей формирования и динамики развития суицидального поведения, обусловленного психическими расстройствами, анализ особенностей оказания суицидологической помощи и разработка эффективных лечебно-профилактических и психотерапевтических мероприятий для предупреждения самоубийств.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач будут обследованы лица, находившиеся после суицидальной попытки в токсикологическом, нейро-реанимационном и ожоговом отделениях Андижанского филиала РЦЭМ, а также по данным архивные данные судебно-медицинских освидетельствований.

Результаты исследования. Суицидальное поведение - сложный биосоциальный феномен, который определяется соотношением средовых, личностных и патологических причин, обуславливающих его развитие, динамику и степень суицидального риска.

Личностные особенности суицидентов характеризовались нарушением коммуникативных способностей, неадекватной саморегуляцией, высокой степенью личностной и ситуационной тревожности, преобладанием непродуктивных способов психологической защиты и структурой агрессивности, низкой или пороговой сопротивляемостью стрессу (78,2% суицидентов), что предопределяет высокую вероятность возникновения дезадаптационных расстройств, являющихся источником суицидального поведения

В отличие от группы ГСП, в группе ГНС преобладали: нежелание жить (40,6% против 10,5%>), неприятие мер к сохранению жизни (47,8% и 15,8%), выраженное желание совершить СП (92,1% и 59,6%), неотступное желание смерти (36,3% и 19,3%»), охваченность суицидальными идеями (53,6% и 19,3%), желание положить конец своим страданиям (53,6% и 15,8%).

В группе ГСП чаще не прогнозировался исход суицидальных действий (11,2%, против 47,8%) в группе ГНС), сохранялся контроль над суицидальными мыслями (40,4% и 72,5%), преобладали избегание и манипуляция (78,9% и 46,4%), отмечалось восприятие сдерживающих от СП обстоятельств (15,9%, и 84,1%).

Изучение характеристик суицидальных попыток позволяет оценить серьезность суицидального акта, степень суицидального риска, прогнозировать динамику течения суицидального поведения.

Среди способов СП преобладали саморанения (39,1%), характерные для мужчин и самоотравления (33,4%), типичные для женщин. Реже встречались самоповешения (19,9%), падения с высоты (5,1%), самоутопления (1,9%).

Самоотравления чаще встречались в 26-30 лет (23,6%), самоповешения - в 31-35 лет (23,8%), саморанения в 16-20 лет (17,7%) и 21-25 лет

25,7%), падения с высоты - в 56-60 (38,9%) и 16-20 лет (27,8%), само-утопления в равных долях представлены в 16-20 и 56-60 лет.

3.3. У больных с органическим поражением головного мозга и расстройствах личности преобладали само-ранения (81,8 и 47,3%), при аффективных и невротических расстройствах - самоотравления (44,4 и 43,1%, соответственно). При шизофрении обнаруживался весь спектр изучаемых способов СП, с преобладанием само-ранений (25,0%) и самоотравлений (21,7%).

В группе ГСП преобладали само-ранения (47,3%). Вдвое реже встречались самоотравления (24,6%) и само-повешения (21,1%). В группе ГНС превалировали самоотравления (43,3%) и само-ранения (30,0%),

нередко проникающего и огнестрельного характера (9,7%). При само-повешениях (18,7%), у большей части пациентов, требовалось проведение реанимационных мероприятий.

38,8% суицидентов задолго до реализации суицидального акта сообщали о своих намерениях. В 40,1% случаев суицидальные действия производились в присутствии других лиц, из них 96,9% из группы ГСП. Максимально скрывали свои намерения 36,2% из группы ГНС и 12,3% из ГСП. Большая часть суицидентов каждой из групп, при обнаружении суицидальных замыслов ближайшим окружением, отступали в осуществлении своих намерений - 61,4% из ГСП и 56,5% из ГНС.

Изучение суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар, показало целесообразность выделения двух клинических групп различных по нозологическому составу, корреляциям со степенью суицидального риска, процессуальным характером, тяжестью и прогрессивностью психического расстройства.

Большую часть пациентов группы «Незавершенные суициды» составили мужчины, старшего возраста (средний возраст $38,3 \pm 2,0$ года). Способы СП характеризовались применением более опасных форм самоотравлений и само-ранений, необычностью, малодоступностью, дополнительной подготовкой, последствия, которых, требовали проведения реанимационных мероприятий. Суицидальные намерения носили истинный характер, со склонностью к фиксации суицидальности, преобладали повторно совершаемые СП. Среди пациентов преобладали лица с органическим поражением головного мозга, шизофренией, аффективными заболеваниями, болезнями зависимости.

Подавляющее число СП и незавершенных суицидов реализовывалось на фоне психических расстройств не-психотического уровня (89,9%). Лишь небольшая их часть совершалась в психотическом состоянии, которое преимущественно или полностью обуславливало суицидальные поступки за счет попытки больных на фоне ощущения отчаяния и безысходности избавиться от крайне тяжелого, мучительного душевного страдания.

Вывод. Полученные данные доказали важность учета комплекса анамнестических сведений, социальных условий, личностных характеристик, что позволяет наряду с клиническими особенностями определять риск развития суицидального поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами.

Выявленные закономерности формирования, динамики и структуры пост-суицидального периода легли в основу определения терапевтического и социального прогноза.

Предложенные подходы к организации суицидологической помощи способствуют оптимизации терапии, профилактики и реабилитационных мероприятий.

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАРОДНЫМИ МЕТОДАМИ

*С.А.Девятков - клинический ординатор
Научный руководитель: Р.А.Минаваров
Андижанский государственный медицинский институт*

Большая распространенность аллергических заболеваний во всём мире связана с загрязнением окружающей среды отходами промышленных предприятий, химизацией сельского хозяйства и быта, интенсивным применением лекарственных средств, особенно антибиотиков, а также вакцин, сывороток, повсеместным распространением искусственного вскармливания, использованием в пищевой промышленности консервантов и красителей.

В связи с этим, задачей, поставленной перед нами, было применение методов нетрадиционной медицины, которые являются ценным наследием Древнего Востока и пользующиеся в последние годы большой популярностью при различных заболеваниях, в частности при бронхиальной астме.

Учитывая актуальность лечения аллергических заболеваний, под нашим наблюдением находились 55 больных, из них женщин – 29, мужчин – 26 с бронхиальной астмой с приступом и послеприступным периодом.

Всем больным до, во время и после лечения проводилось комплексное обследование. Для определения нарушений бронхиальной проходимости применялась спирометрия, спирография и пневмотахометрия. Пациентам применяли сочетание аэрозолей бронхоспазмолитических, антигистаминных препаратов, учитывая индивидуальную чувствительность к лекарственным средствам и точечный массаж в «активные точки» предложенный древневосточными врачами и индивидуально подобранный для каждого больного в зависимости от функционального состояния бронхолегочной системы, формы тяжести и периода заболевания.

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой эффективности сочетанного применения аэрозолей и точечного массажа при бронхиальной астме, которая приводит к улучшению дыхания (увеличения ЖЕЛ, ФЖЕЛ), уменьшению частоты пульса положительным изменениям морфологического и иммунобиологического состояния крови, изменения характера мокроты, повышения общей сопротивляемости организма.

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

Дехконов Лазизбек Отабек угли Студент 506 гр1 педиатрическая факультета
Научный руководитель: Исмаилова Махфуза Убайдуллаевна ассистент кафедры Анестезиологии и реаниматологии, детской анестезиологии и реаниматологии
ТашПМИ

Актуальность: Императивом анестезиологического пособия в абдоминальной хирургии является безопасность, поскольку специфика общего состояния организма требует максимально щадящего режима применения анестетиков и анальгетиков и использования всех подходов к сохранению жизненно важных функций. Однако большая продолжительность и травматичность вмешательств не позволяет здесь в полной мере реализовать концепцию безопасной анестезии. Снижение позволяет резко уменьшить риск осложнений требуемой для достижения адекватного наркоза концентрации ингаляционного анестетика в дыхательной смеси позволяет резко уменьшить риск осложнений и соответственно, расширить показания к использованию данного подхода в абдоминальной хирургии у детей. Достижение этого результата возможно путём применения комбинированного ингаляционно-внутривенного наркоза.

Цель исследования:- определение эффективности и безопасности комбинированной общей анестезии (севофлуран+пропофол) в закрытом контуре в абдоминальной хирургии.

Материал и методы: Исследование проведено в клинике ТашПМИ. Обследованы 32 больных с энтерокистомой, болезнью Гиршпрунга, закрытие колостомы и кишечной непроходимостью в возрасте 1-12 лет. Объективный статус больных соответствовал II-III классу по ASA. После стандартной премедикации вводный наркоз осуществляли в виде медленной внутривенной болюсной инъекции в дозе 2-2,5 мг/кг массы тела, центральная анальгезия поддерживалась субнаркотическими дозами фентанила (2-2,2 мкг/кг), миорелаксацию проводили аркуроном. После интубации трахеи начинали ингаляцию севофлурана в дозе 0,8 об.%. Для поддержания адекватности анестезии пропофол вводили в виде постоянной инфузии (15-25 мл/час) с параллельной ингаляцией севофлурана 0,4-0,5 об.% и O₂ (50% во вдыхаемой смеси)

На пяти этапах (до вводного наркоза, вводный наркоз, начало операции, основной этап операции, конец операции) осуществляли мониторинг частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД), показателей центральной гемодинамики и содержание кортизола в крови.

Результаты исследования: ЧСС на фоне применения комбинации «севофлуран+пропофол» имела адекватную динамику к снижению. АД исходно было повышенным на 18% , на фоне вводного наркоза и в ходе оперативного вмешательства оно снижалось, не выходя за пределы допустимых границ.

При анализе изменений СИ следует отметить его незначительное увеличение, на этапах исследования наблюдалось снижение ОПСС на 21 % исходных значений. В ходе основного этапа и в конце операции увеличивались концентрация кортизола, что свидетельствовала в пользу стрессорной реакции на вмешательство.

Выводы: Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой эффективности комбинации «севофлуран+пропофол» при абдоминальной хирургии у детей и обеспечивает адекватную анестезиологическую защиту.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ ПРИ УЗЛОВОЙ ФОРМЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дилшодов А.Д. - студент 611 лечебного факультета,
Научный руководитель: Урманбаева Д.А. - Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак молочной железы – одно из самых распространенных заболеваний среди женщин, составляет около 18 % в структуре женской онкопатологии и является одной из основных причин смерти женщин после 50 лет, страдающих онкологическими заболеваниями. Обращает на себя внимание тот факт, что одним из факторов риска развития рака молочной железы (РМЖ) является фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ), частота встречаемости которой в популяции доброкачественных заболеваний молочных желез достигает 30–70 % случаев.

Согласно данным литературы, развитие доброкачественной дисплазии молочных желез связано с иницирующим влиянием гиперэстрогении на фоне абсолютной или относительной недостаточности прогестерона, в то же время, гиперэстрогения является одним из ведущих патогенетических факторов развития РМЖ.

Как известно, характерным морфологическим признаком фиброзно-кистозной мастопатии является нарушение соотношения соединительнотканых и эпителиальных компонентов в ткани молочной железы на фоне диффузных гиперпластических и регрессивных процессов [10]. Между тем рак молочной железы – это

неопластический процесс, характеризующийся «безудержной» пролиферацией атипичных клеток, связанной с экспрессией протоонкогенов на фоне подавления активности супрессирующих генов и генов апоптоза. К общим закономерностям развития малигнизации клеток различной морфофункциональной организации относятся аплазия, метаплазия, дисплазия, а также формирование инвазивного, деструктивного роста и метастазирование малигнизированных клеток. Клинически значимые метастазы появляются лишь после многоэтапного отбора и прогрессирования чрезвычайно агрессивных атипичных клеток на фоне многократных генных мутаций и хромосомных aberrаций или эпигеномных механизмов действия разнообразных канцерогенов физической, химической и биологической природы.

Цель исследования. Изучить динамические сдвиги показателей провоспалительных и воспалительных цитокинов в крови больных узловатой формой рака молочной железы (РМЖ) на ранних и метастатических стадиях развития заболевания.

Материалы и методы. Концентрацию цитокинов интерлейкина-1(Λ -1), интерлейкина-6 (Λ -6), интерлейкина-8(Λ -8), интерлейкина-10(Λ -10), фактор некроза опухоли альфа (TNF- α) определяли в сыворотке крови на иммуноферментном анализаторе «СтатФакс» с помощью иммуноферментных тест-систем, основанных на «сэндвич»-варианте твердофазного иммуноферментного анализа в соответствии с инструкцией фирмы производителя ООО «Цитокин».

Все исследования проводились в момент поступления пациенток в стационар, до проведения лечебных мероприятий.

Результаты. В исследование были включены 68 пациенток с узловатой формой РМЖ (морфологически инфильтративно-протоковая форма) на начальных (T1-2N0M0) и метастатических (T1-3M-2M0) стадиях распространения неоплазии, находившихся на лечении в АООД за период с 2015 по 2017 гг. Как показали результаты исследования у пациенток на начальных стадиях развития РМЖ имели место изменения цитокинового статуса, проявляющиеся повышением уровня в крови Λ -1, Λ -8, Λ -10 и TNF- α . Значение Λ -6 оставалось в пределах нормальных величин. Распространение неоплазии за пределы первичного очага (метастатические стадии болезни) неизменно сочеталось с более выраженными нарушениями цитокинового профиля крови, на что указывало более резкое повышение содержания в крови Λ -1, Λ -8, Λ -10 и TNF- α . Также впервые отмечено возрастание уровня Λ -6 в крови.

Выводы. Мониторинг показателей содержания в крови Λ -1, Λ -6, Λ -8, Λ -10 и TNF- α может быть использован в качестве объективного критерия степени распространения неоплазии при РМЖ. Одним из важных признаков метастазирования опухолевых клеток является повышение уровня Λ -6, не свойственной ранним стадиям развития заболевания.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дилшодов А.Д. - студент 611 лечебного факультета,

*Научный руководитель: Урманбаева Д.А. - Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Наследственная форма рака молочной железы встречается в 5-7% случаев. При этом широко изучены гены BRCA1 и BRCA2. У женщин с герминальными мутациями одного из аллелей гена BRCA1 риск развития рака составляет около 75% в возрасте до 50 лет, к 70 годам - до 85-90%, а при герминальных мутациях гена BRCA2 риск его развития ниже. В настоящее время идентифицировано более 300 мутаций этих генов. Последние достижения в области генетики онкологических заболеваний выявили новые гены предрасположенности к развитию рака молочной железы: трансформирующий фактор роста бета TGF- β и его рецептор TGFBR1.

Исследования, проведенные в ряде клиник США в рамках Cancer Genetic Program с 1999 по 2001, а также в нашей клинике показали, что полиморфизмы TGF- β T29C и TGFBR1*6A можно рассматривать в качестве маркеров рака молочной железы.

Цель исследования. Установить частоты встречаемости двенадцати мутаций в генах BRCA1 (185delAG, 4153delA, 5382 Δ C, 38 Δ eIOTAAA, 3875delGTCT, Cys61Gly, 2080delA, 2963del10, 3747 Δ A) и BRCA2 (6174delT, 1528delAAAA, 93 Δ e1AAAA) в неотобраных выборках больных раком молочной железы и больных раком яичников в среде населения Узбекистана.

Материал и методы. Материалом служили образцы периферической крови больных раком молочной железы (1091 человек) и раком яичников (240 человек). Генотипирование проведено методом ПЦР в режиме реального времени с использованием набора «ОнкоГе-нетика BRCA» (ООО «НПО ДНК-Технология»).

Результаты. Мутации в генах BRCA1 и BRCA2 были найдены у 64 больных раком молочной железы (5,9%) и у 48 больных раком яичников (20,0%). Преобладала мутация 5382 Δ C (Δ CA1) - 4,0% от выборки больных раком молочной железы, 12,1% от выборки больных раком яичников. Шесть мутаций (185delAG, 4153delA, 5382 Δ C, Cys61Gly, 2080delA в гене BRCA1 и 6174delT в гене BRCA2) были найдены и у больных раком молочной железы, и у больных раком яичников. При раке яичников значительно чаще, чем при раке молочной железы встречались мутации Cys61Gly (12,5% vs 6,3%) и 2080delA (10,4% vs 3,1%) в

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

гене BRCA1. Две мутации (38^еЮTAAA и 3875delGTCT в гене BRCA1) были найдены только у больных раком молочной железы. Мутации 2963del10, 3747^А в гене BRCA1 и 1528delAAAA, 93She1AAAA в гене BRCA2 не были обнаружены.

Выводы. Высокая частота мутаций в генах BRCA1 и BRCA2 у больных раком яичников подтверждает необходимость проведения тотального генетического скрининга в этой группе. Учитывая размер тестированных неотобранных выборок, широту диагностической панели и нахождение зарегистрированных нами мутаций другими авторами, анализ на мутации в генах BRCA1 (185delAG, 4153delA, 5382^С, Cys61Gly, 2080delA, 38^еЮTAAA, 3875delGTCT) и BRCA2 (6174delT) может быть рекомендован для включения в скрининговые программы по выявлению наследственных случаев рака молочной железы и рака яичников.

УРОВЕНЬ МЕСТНОЙ АНАСТЕЗИИ ПРИ УДАЛЕНИИ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА

Дилишодов А.Д. - студент 611 лечебного факультета,

*Научный руководитель: Урманбаева Д.А. - Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра онкологии и медицинской радиологии*

Актуальность. Локальные проявления: изменение формы молочной железы, втягивание соска, морщинистость кожи, выделения из соска (часто кровянистые), прощупывание уплотнений, узелков, увеличение надключичных или подмышечных лимфоузлов. Наиболее эффективно хирургическое лечение в сочетании с лучевой или химиотерапией на ранних стадиях. На поздних стадиях отмечается метастазирование опухоли в различные органы. Прогноз лечения во многом зависит от распространенности процесса и гистологической структуры опухоли.

Цель исследования. Изучить уровень местной анестезии при удалении сигнального лимфатического узла.

Методы. Мы используем в нашей клинике единую стандартную процедуру при всех удалениях сигнальных лимфатических узлов. После радиоактивного маркирования и кожной демаркации визуальным методом с помощью гамма-камеры в отделении ядерной медицины, в операционном отделении завершается запатентованное окрашивание синим цветом.

Результаты. Основным преимуществом использования локальной анестезии является возможность общаться с пациентом во время проведения операции. Тогда пациент может обеспечить активный функциональный контроль, например, в процедурах, проводимых вблизи нервных окончаний. Более того, минимизируются послеоперационные риски, поскольку пациент находится в сознании, дышит произвольно, остаётся подвижным. Мы считаем, что обычно используемая опухольеаялокальная анестезия является более дорогой, не давая преимуществ, и без неё можно обойтись. Наш опыт показывает, что болевая чувствительность в подкожном слое минимальна. За исключением случаев экстенсивного вздутия живота, контакта с нервами, повреждений больших иннервированных полостей или проведения манипуляций в непосредственной близости от лимфоузла, пациенты не испытывали боли. Невозможность для пациента поддерживать особое положение во время процедур в подмышечной зоне, которые являются более длительными, может представлять большую проблему, чем локализованная боль. Локальные анестезирующие процедуры непригодны только тогда, когда пациенты испытывают страх или являются неконтактными.

Вывод. Основываясь на нашем опыте, можно провести удаление лимфатического узла в подмышечной и паховой зонах с использованием малых доз инфильтрата, с анестезией без осложнений и с большей безопасностью для пациента.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дилишодов А.Д. - студент 611 лечебного факультета,

*Научный руководитель: Урманбаева Д.А. - Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра онкологии и медицинской радиологии*

Актуальность. При рассмотрении истории развития хирургии на молочной железе от операции по W.S. Halsted до модифицированной техники по J.L. Madden и определения сторожевых лимфоузлов мы можем наблюдать повышение качества жизни пациенток относительно снижения частоты проявления лимфедем. Однако у пациенток, перенесших ту или иную мастэктомию, наблюдаются снижение самооценки, изменения в профессиональной сфере, появление раздражительности и чувства страха. В мире рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующую позицию в структуре онкологической патологии среди женского населения с уровнем заболеваемости 20,9 %, в 2013 г. было выявлено 60 717 новых случаев, из которых 15 % составили женщины моложе 40 лет.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Таким образом, уменьшение частоты появления лимфедемы и выраженной постоперационной травматизации не единственные составляющие качества жизни у пациенток с РМЖ. По данным исследований E. Frank и соавт. (1978), G.P. Maguire и соавт. (1978) и F. Meerwein (1981), удаление самой молочной железы ведет к утрате женственности, потере привлекательности и сексуальности, что также было подтверждено и опубликовано L. Aerts и соавт. (2014). В связи с этим классическая радикальная мастэктомия начала уступать место органосохранному лечению.

Цель: изучить влияние удаления первичной опухоли на выживаемость больных первично - диссеминированным раком молочной железы (ПДРМЖ) с ECOG 0, 1.

Материал и методы: Проанализировано 938 амбулаторных карт и историй болезни больных ПДРМЖ, наблюдавшихся в АООД, за период 2010г. по 2017г. Из них удаление первичной опухоли выполнено 91 пациентке (1 группа) и подобрана по методу случай-контроль (2 группа -106 пациенток) идентичная по возрасту, ECOG, менструальному статусу, биологическим характеристикам опухоли (РЭ, РП, Her2/neu), проводимой химиотерапии, которым хирургическое лечение не проводилось.

Результаты: Удаление первичной опухоли достоверно увеличивает ОВ (двухлетняя: с операцией - 71,1%, без операции - 57,2%, $p<0,05$) и ВБП (двухлетняя: с операцией - 56,2%, без операции -31,1%, $p<0,024$) больных ПДРМЖ, особенно в случаях, когда хирургическое вмешательство выполняется после эффективного системного лечения ($p<0,019$). У больных с метастазами только в кости ($n=46$) удаление первичного очага улучшает ВБП (двухлетняя: с операцией $n=20$ - 55,2%, без операции $n=26$ - 36,5%, $p<0,047$; ОВ имеет тенденцию к улучшению, однако - $p>0,05$). При поражении только легких ($n=22$) хирургическое лечение увеличивает двух- (с операцией $n=14$ - 76,9%, без операции $n=8$ - 62%) и трехлетнюю

ВБП (66,6% и 60%, соответственно, $p<0,05$; ОВ - $p<0,41$). Хирургическое вмешательство у больных ПДРМЖ с поражением только печени ($n=33$) увеличивает ОВ (двухлетняя: с операцией $n=19$ -63,3%, без операции $n=14$ - 48,5%, $p<0,05$; ВБП - $p>0,05$). Удаление первичной опухоли в случаях метастатического поражения одного органа ($n=128$) улучшает ОВ (двухлетняя: с операцией $n=65$ - 79%, без операции $n=63$ - 62,4%, $p<0,0258$) и ВБП (двухлетняя: 60,8% и 39,6%, соответственно, $p<0,0094$), по сравнению с метастазами нескольких локализаций ($n=69$, ОВ и ВБП - $p>0,05$). Лучшие показатели ОВ и ВБП зарегистрированы в группе больных, которым выполнено удаление первичной опухоли «люминальным -А» подтипом.

Выводы: Удаление первичной опухоли у больных ПДРМЖ улучшает отдаленные результаты лечения.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА, СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ

Дилшодов А.Д., студент 611-группы лечебного факультета

*Научный руководитель: Алимova Г.М. -Кафедра факультативной педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Диагностика бронхиальной астмы у детей — более сложная задача, чем выявление болезни у взрослых. Это связано с тем, что при умеренных проявлениях дыхательного дискомфорта ребенок, особенно маленький, не всегда может адекватно описать, что он ощущает.

К тому же у детей до пяти лет бронхи по сравнению с бронхами взрослых имеют более узкий просвет и менее развитый мышечный аппарат. Из-за этого ведущими проявлениями астмы у многих малышей становятся не бронхоспазм и удушье (что типично для взрослых и детей старше 5 лет), а отек слизистой оболочки бронхов и обильная выработка густой мокроты. Не только родители, но порой и врачи ошибочно считают это признаками ОРВИ или бронхита. Так что, хотя болезнь может развиваться с раннего возраста, диагностируют ее не сразу.

Цель исследования. Установить факторы риска бронхиальной астмы у детей, действие которых реализуется в перинатальный период и в период раннего возраста.

Материал и методы исследования. Проведено изучение клинико-анамнестических особенностей бронхиальной астмы у 50 детей в возрасте от 0 до 15 лет, находившихся на лечении в педиатрическом отделении больницы скорой медицинской помощи, составивших основную группу. У всех детей диагноз бронхиальной астмы был подтвержден в соответствии с критериями, изложенными в Национальном руководстве по лечению и профилактике бронхиальной астмы у детей.

Результаты исследования. В исследуемых нами группах детей средний возраст по величине медианы составил: 11,0 лет в основной группе и 11,0 лет в контрольной группе. По полу распределение было следующим: в основной группе наблюдалось 29 мальчиков (58%) и 21 девочка (42%), в контрольной группе – 37 мальчиков (57%) и 28 девочек (43%). Т.е. группы были сопоставимы по полу и возрасту. Средняя длительность диспансерного наблюдения в основной группе составила 5,0 лет. У всех детей основной группы была установлена атопическая форма бронхиальной астмы. По степени тяжести бронхиальной астмы у пациентов основной группы легкое интермиттирующее течение установлено у 27 детей (54%), легкое персистирующее - у 11 детей (22%), среднетяжелое персистирующее - у 8 детей (16%),

тяжелое персистирующее - у 4 детей (8%). По степени контроля среди детей основной группы у 27 детей (54%) наблюдалось контролируемое течение бронхиальной астмы, у 19 детей (38%) - частично-контролируемое течение и у 4 (8%) детей - неконтролируемое течение. Инвалидность оформлена у 4 детей (8%). Бронхиальная астма является мультифакториальным заболеванием, на формирование которого оказывают существенное влияние наследственные факторы в сочетании с внешними факторами. В ходе детального изучения анамнеза нами было установлено, что у 42 детей основной группы и у 23 детей контрольной группы была выявлена отягощенная наследственность по атопии и бронхиальной астме.

Выводы: 1. Анализ проведенных данных свидетельствует о важной роли отягощенной наследственности в семьях детей, больных бронхиальной астмой. Наибольший риск выявлен для детей, наследственность которых отягощена по материнской линии.

2. Установлены основные значимые факторы риска бронхиальной астмы, действующие:

- в период внутриутробного развития: хронические соматические заболевания матери, воздействие производственных вредностей, курение, патология беременности

- нефропатия, перенесенные во время беременности острые инфекции и хроническая гипоксия плода;

- во время родов: кесарево сечение и преждевременное излитие околоплодных вод;

- в раннем возрасте: неонатальная желтуха, искусственное вскармливание с первых месяцев жизни и необоснованно раннее введение прикорма.

3. Выявлены отдельные клинические особенности бронхиальной астмы, характерные для раннего возраста: более ранний возраст дебюта клинических проявлений и частоерецидивирование симптомов (3 и более в год).

ТИПОЛОГИЯ, СТРУКТУРА И МЕТОДЫ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ АСТЕНИЧЕСКОГО ТИПА РЕМИССИЙ ПРИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Выполнила: Долимова М.А., докторант 3 курса.,

Научные руководители: Аграновский М.Л., Исламов Ш.Х., Салиев М.М., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Термин астения появляется в лексиконе психиатров уже с середины 18 века, однако наиболее значимые и подробные описания астенической симптоматики в структуре шизофрении и расстройств шизофренического спектра опубликованы лишь во второй половине XIX и начале XX столетия.

По данным ряда авторов частота астенических расстройств среди пациентов психиатрических клиник и амбулаторий варьирует от 1,2% до 18%. Что касается обсуждаемой проблемы, то, в доступной на сегодня литературе, систематической информации по эпидемиологической оценке астенической симптоматики при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра представлено немного.

Цель исследования. Изучить психопатологические особенности астенических тип ремиссий в стадии ремиссии приступообразной шизофрении.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено на материале 63 больных мужского пола в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст – $41,9 \pm 9,46$ лет) с диагнозом приступообразно-прогредиентной формы шизофрении в стадии ремиссии. С целью исключения влияния гендерного фактора и повышения однородности изучаемой когорты исследование проводилось только на лицах мужского пола.

Средний возраст манифестации заболевания составил $22,2 \pm 4,2$ года, средняя длительность заболевания - $18,9 \pm 9,5$ лет. В обследованной когорте у большинства больных (57,1%; 36 чел.) длительность заболевания была более 15 лет, у 11,1% (7 чел.) - от 10 до 15 лет, у 17,5% (11 чел.) - от 5 до 10 лет, и у 14,3% (9 чел.) - до 5 лет.

Результаты исследования. Тщательный клинико-психопатологический анализ астенических расстройств при приступообразно-прогредиентной шизофрении в стадии ремиссии показал их неоднородность по целому ряду параметров. На этом основании нами было выделено два типа эндогенной астении: *аффективно-астенический тип* ($n=23$; 36,5%) и *негативно-астенический тип* ($n=40$; 63,5%). Последний включал в себя два подтипа: 1 подтип – *негативно-астенический («классический»)* ($n=32$; 80,0%), 2 подтип – *негативно-астенический с 45 проявлениями сверхценной (небредовой) ипохондрии («ипохондрический»)* ($n=8$; 20,0%).

Все пациенты данного подтипа настаивали на дополнительных обследованиях и консультациях специалистов узкого профиля, преимущественно на осмотре их терапевтом и неврологом. При длительном, порой многочасовом, изложении разнообразных жалоб у пациентов не отмечалось признаков утомления. Таким образом, истинной истощаемости при исследовании психического статуса у этих больных не выявлялось. Следует отметить, что отсутствие сопряженности между интенсивностью фоновой астении и выраженностью ипохондрических переживаний является важным дифференциально-диагностическим критерием эндогенной астении [Блейхер В.М. с соавт., 1989].

Важно подчеркнуть, что в этой группе пациентов ($n=8$) жалобы на физическую утомляемость преобладали над жалобами на психическую и были сфокусированы на телесном недомогании, ощущении тяжести в теле, общем бессилии; кроме того, имел место болевой синдром разной степени выраженности (миалгии, головные боли, кардиалгии, абдоминалгии, дорсалгии).

Обобщая сказанное, можно утверждать, что астенические расстройства, наблюдающиеся в ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении, клинически неоднородны и могут быть разделены на аффективно-астенический и негативно-астенический типы. Аффективно-астенический тип характеризуется преобладанием физической истощаемости над психической, признаками гипотимии, выраженностью вегетативных расстройств, наличием жалоб на свое состояние и критического отношения к нему при умеренной представленности специфических процессуальных нарушений мышления и эмоционального снижения. Негативно-астенический тип характеризуется преобладанием психической истощаемости над физической, отсутствием признаков гипотимии, слабой выраженностью вегетативных расстройств, отсутствием у большинства больных жалоб на свое состояние и критического отношения к нему, при значительной представленности специфических процессуальных нарушений мышления и эмоциональной дефицитарности. Часть больных негативно- астенического типа имела в психическом статусе проявления сверхценной (небредовой) ипохондрии с обилием жалоб сомато - неврологического характера.

Астенические расстройства, наблюдаемые в ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении, имеют ряд общих клинических особенностей и, в то же время, характеризуются психопатологической неоднородностью.

Клинико-психопатологическое исследование позволило выделить два типа эндогенной астении в ремиссии шизофрении: аффективно-астенический и негативно-астенический.

Аффективно-астенический тип характеризовался сочетанием аффективной симптоматики и умеренно выраженных негативных процессуальных расстройств, при этом астенический симптомокомплекс развивался преимущественно в рамках депрессии легкой степени выраженности (субдепрессии) и наблюдалось преобладание физической истощаемости над психической (умственной).

Негативно-астенический тип отличался преобладанием психической (умственной) истощаемости над физической, наблюдавшийся у пациентов астенический симптомокомплекс входил непосредственно в структуру негативной симптоматики.

Выявлены два варианта негативно-астенического типа: «классический», в котором негативная процессуальная симптоматика не сочеталась с расстройствами иных регистров, и «ипохондрический», где негативные расстройства сочетались с сверхценной (небредовой) ипохондрии, при этом наблюдалось несоответствие астенических жалоб поведению больных.

Выводы. Таким образом, выделение нескольких типов астенических расстройств в ремиссии эндогенного процесса является значимым в плане синдромальной диагностики и может считаться одним из факторов, позволяющих уточнить степень прогредиентности течения заболевания.

По результатам исследования показана вовлеченность воспалительных реакций в патогенез астенических расстройств в ремиссии шизофрении и снижение протеазно-ингибиторного соотношения по сравнению с контролем. Выделенные клинические типы эндогенной астении отличались различными вариантами иммунной дисфункции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Выполнила: Долимова М.А, докторант 3 курса.,

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Исламов Ш.Х.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В последнее десятилетие наблюдается беспрецедентное продвижение новых антипсихотических лекарственных средств. Также как и их предшественники – нейролептики – атипичные антипсихотики эффективно устраняют бредовые расстройства, галлюцинации, дезорганизацию мышления и другие клинические проявления психозов. По сравнению с предыдущими поколениями препаратов, атипичные антипсихотики в меньшей степени способны вызывать экстрапирамидные симптомы и обладают большей клинической эффективностью.

Традиционные антипсихотические средства эффективны в отношении острой ажитации и в контроле позитивных симптомов и, вместе с тем, малоэффективны в отношении когнитивных расстройств и негативных симптомов при шизофрении. Атипичные антипсихотики, напротив, обладают весьма широким спектром эффективности, позволяя лечить как позитивные, так и негативные симптомы, а также когнитивные расстройства. Исходя из их высокой эффективности, атипичные антипсихотики быстро внедряются в широкую клиническую практику.

Цель исследования. Целью настоящего исследования была попытка оценки значения нежелательных явлений, развивающихся при применении клозапина, рисперидона, оланзапина и кветиапина для эффективности купирующей терапии шизофрении.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материалы и методы исследования. Обследовали 434 больных шизофренией, протекающей с преобладанием продуктивной симптоматики в состоянии обострения или острых приступов заболевания.

Результаты исследования. Основное внимание в настоящем исследовании было сосредоточено на изучении влияния развивающихся в процессе терапии нежелательных явлений на ее эффективность. Как показал анализ изученного материала, побочные эффекты и осложнения могли значительно снижать эффективность лечебного процесса из-за необходимости пересмотра схемы лечения. Во-первых, некоторые нежелательные явления представляли определенного рода угрозу для соматического состояния больных.

В этих случаях пересматривать схему лечения приходилось по «жизненным показаниям». Во-вторых, при развитии побочных эффектов больные могли испытывать в той или иной степени дискомфорт, ухудшающий их общее состояние. Эти нежелательные явления не представляли опасности для здоровья, однако их появление иногда требовало пересмотра схемы лечения по этическим соображениям. Эффективность лечебного процесса в этом случае также снижалась из-за затруднения формирования терапевтического сотрудничества, негативного отношения больных к приему лекарств. В-третьих, побочные эффекты могли вызывать негативное отношение к лечению родственников, их вмешательству в процесс терапии и даже отказу от ее продолжения.

Отмеченные в проведенном исследовании опасные для здоровья (жизни) осложнения развивались как следствие типичных побочных эффектов нейролептиков, которые сами по себе угрозы не представляли. К таким осложнениям в обследованной выборке относились пневмонии и ортостатические коллапсы. Других осложнений, в т.ч. развивающихся вследствие повышенной индивидуальной чувствительности (злокачественный нейролептический синдром, поражение крови, печени, сердца и др.), отмечено не было, возможно, из-за относительно небольшой численности обследованных больных.

Развитие пневмоний было отмечено у 4 больных, принимавших клоzapин (3,8%). Им всем назначались высокие дозы нейролептика (400-550 мг/сут). Эти пациенты входили в группу шизофрении, протекающей в форме приступов, а их состояние характеризовалось развернутыми острыми психозами с выраженным возбуждением, негативизмом, агрессией и отказом от принятия медицинской помощи. Во всех случаях проводилось быстрое наращивание дозы нейролептика в пределах 2-5 дней до обозначенной выше. Пневмония проявлялась на 5-й - 7-й дни терапии.

Она развивалась по аспирационному и гипостатическому механизмам из-за аспирации слюны при выраженной гиперсаливации (2-3 балла по шкале UKU) и ограничения подвижности больных вследствие длительного медикаментозного сна или механической фиксации. Проведение специфического лечения во всех случаях приводило к быстрому разрешению осложнения без каких-либо дальнейших последствий, в т.ч. отдаленных, для здоровья больных.

При приеме рисперидона, оланзапина, кветиапина или типичных нейролептиков развития пневмоний отмечено не было. Статистически значимых различий между группами не выявлялось, что, однако, могло быть связано с редкостью данного осложнения при относительно малочисленности изученной выборки. Необходимо отметить, что ранее лишь единичные авторы сообщали о возможности развития пневмоний при проведении терапии типичными нейролептиками [1]. Механизм ее развития связывался со снижением двигательной активности больных, нарушением глотания и кашлевого рефлекса, но не с гиперсаливацией. Наблюдений пневмоний при приеме атипичных нейролептиков в литературе не приводится.

Вывод. Таким образом, высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического действия, гармоничное влияние как на позитивную, так и на негативную психопатологическую симптоматику, отсутствие экстрапирамидных побочных эффектов и безопасность применения препарата позволяет рекомендовать кветиапин в качестве действенного средства для длительного лечения острых психотических состояний у больных шизофренией и шизоаффективным психозом.

Все эти свойства кветиапина обеспечили его достаточно большой удельный вес в рутинной клинической практике терапии шизофрении и шизоаффективных расстройств, увеличение которого сдерживалось фармакоэкономическими характеристиками препарата.

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ВЫСОКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ОРГАНИЗМА

Асилбек Дильшиодов (студент 6 курса лечебного факультета), Абдураззок Хасанов (студент 5 курса педиатрического факультета)

*Научный руководитель: Д.К.Махсумова, старший преподаватель кафедры фтизиатрии
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время в диагностику туберкулеза у детей широко внедряется новый антиген для кожной пробы – диаскинтест (ДСТ), на основе белков ESAT-6 и CFP-10, специфичных для фазы размножения МБТ и отсутствующих у микобактерий вакцинного штамма БЦЖ. Результаты применения этого теста у детей с высокой неспецифической сенсibilизацией организма в современной научной литературе не отражены.

Цель исследования. Определить особенности реагирования детей на кожные пробы с туберкулином и с диаскинтестом в зависимости от клинических проявлений неспецифической сенсибилизации. Выяснить целесообразность направления по результатам туберкулинодиагностики детей с аллергическими заболеваниями в специализированное диагностическое отделение.

Материалы и методы. Обследовано 170 детей (54,7% мальчиков и 45,3% девочек) в возрасте от 4 мес. до 15 лет, пациентов обратившихся в противотуберкулезный диспансер. Помимо общепринятых методов, обследование детей включало: компьютерную томографию органов грудной полости, индивидуальную туберкулинодиагностику, диаскинтест, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, консультации специалистов.

Результаты и их обсуждение: По результатам обследования дети разделены на 4 группы: 1-я группа – активный туберкулез органов дыхания – 54 чел., 2-я группа – впервые выявленные остаточные изменения (кальцинаты) – 27 чел., инфицированные дети из групп риска по туберкулезу – 62 чел., не инфицированные МБТ дети с неспецифическими заболеваниями – 27 чел.

Повышенная аллергическая настроенность организма присутствовала у 40% пациентов диагностического отделения, в том числе у 15,9% (27 чел.) детей она проявлялась аллергическими заболеваниями и 24,1% пациентов (41 чел.) – аллергическими реакциями в анамнезе. Только у 60% пациентов (102 ребенка) аллергологический анамнез не был отягощен. Причем среди детей, у которых выявили активный туберкулез, доля лиц с не отягощенным аллергологическим анамнезом была максимальной – 74,1%, а среди детей, оказавшихся не инфицированными микобактериями туберкулеза (МБТ) – минимальной – 33,3% ($p < 0,05$).

Выводы. 1. Среди детей, направляемых в противотуберкулезный диспансер для исключения заболевания туберкулезом, значительный удельный вес составляют пациенты с аллергическими реакциями в анамнезе (24,1%) и аллергическими заболеваниями (15,9%).

2. Процент подтверждения диагноза туберкулеза наиболее высок у детей с не отягощенным аллергологическим анамнезом (39,2%) и минимален у детей, страдающих аллергическими заболеваниями (7,4%).

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Жабборова М., магистр 1 курса

*Научный руководитель: Шокирова С.М. - Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Плацентарная недостаточность остается одним из наиболее часто встречающихся синдромов в акушерской практике. Его развитие - универсальная реакция плаценты на многие неблагоприятные воздействия. В том числе, плацентарная недостаточность развивается при различных акушерских и экстрагенитальных заболеваниях матери, имеющих в своем генезе поражение сосудов.

Частота данной патологии неуклонно растет, не имеет тенденции к снижению и колеблется от 34 до 45%, перинатальная заболеваемость достигает 802‰, а смертность 24,2-177,4‰. Комплексная терапия гипоксии плода и нарушений в системе мать-плацента-плод сопряжена с увеличением медикаментозной нагрузки и, нередко, носит односторонний характер. С позиций доказательной медицины эффективность существующих методов лечения ФПН не обоснована.

Таким образом, разработка методов профилактики гипоксии плода и компенсации состояния плода, развивающегося в условиях недостаточности фетоплацентарного комплекса, является одним из приоритетных направлений современного акушерства.

По данным литературы накоплен большой опыт по применению нормобарической гипокситерапии (НГТ) в лечении гестозов, угрожающего прерывания беременности и гестационной анемии, однако детального изучения влияния НГТ на состояние плода, развивающегося в условиях плацентарной недостаточности, не проводилось.

Цель исследования. Усовершенствовать профилактику дистресс-синдрома плода у пациенток с фетоплацентарной недостаточностью с включением метода нормобарической гипокситерапии.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе представлены результаты исследования течения беременности и родов у 70 женщин с хронической внутриутробной гипоксией плода и фетоплацентарной недостаточностью и 47 женщин группы контроля с неосложненным течением беременности.

В ходе исследования было сформировано три группы. Основную группу составили 44 пациентки с ФПН, прошедшие курс нормобарической гипокситерапии. Группу сравнения составили 48 пациенток с ФПН, которые получали стандартную терапию фетоплацентарной недостаточности. Третья группа - группа контроля ($n=47$) - пациентки с неосложненным течением беременности. Отбор беременных для участия в исследовании осуществлялся на основании критериев включения и исключения.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Результаты исследования. ФПН сопровождается прогрессированием хронометрической гиперкоагуляции, что выражается в укорочении АПТВ на 29,26%, протромбинового времени - на 24,59%, тромбинового времени -16,37%, и повышении уровня фибриногена в 1,6 раза.

При синдроме плацентарной недостаточности имеет место достоверное снижение значения Ш. средней мозговой артерии плода на 7,82% по сравнению с контролем, коррелирующее с показателями плазменного гемостаза {АПТВ, протромбиновое время, тромбиновое время, фибриноген).

Использование НГТ в комплексной терапии ФПН и ХВГП способствует нормализации МПК и ФПК, что реализуется сокращением гемодинамических нарушений в 1,68 раз, СЗРП - в 2,02 раза, сокращением частоты ареактивного НСТ в 2 раза и достоверным увеличением медианы Ж средней мозговой артерии плода в 1.05 раза по сравнению с традиционным лечением.

Применение НГТ способствует нормализации уровня трансаминаз, протеинемии и показателей красной крови.

Включение в курс терапии плацентарной недостаточности НГТ-повышает адаптационные возможности плода и является эффективной мерой профилактики дистресс-синдрома плода, что подтверждается сокращением частоты интранатальной асфиксии в 4,59 раз, частоты перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза (ВЖК) - в 7,3 раз, уменьшением числа новорожденных с малой массой к сроку гестации - в 3,45 раз, частоты преждевременных родов в 2,14 раз, частоты оперативного родоразрешения - в 2,29 раза.

Вывод. Результаты данного исследования способствуют оптимизации лечения фетоплацентарной недостаточности (ФПН) и хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВГП). Применение НГТ в комплексной терапии ФПН позволяет повысить адаптационные возможности плода, его устойчивость к гипоксии и улучшить перинатальные исходы, о чём свидетельствуют достигнутая нормализация гемодинамики МГЖ и ФПК у 72,72% женщин, сокращение частоты синдрома задержки роста плода в 2,8 раза, снижение числа преждевременных родов в 2,14 раза и частоты оперативного родоразрешения в 2,29 раза, а также уменьшение частоты интранатальной асфиксии в 4,59 раз, частоты перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза (ВЖК) - в 7,3 раз.

Использование нормобарической гипокситерапии осуществимо как в условиях родильного дома, так и амбулаторно, что делает возможным лечение беременных с компенсированной фетоплацентарной недостаточностью без задержки роста плода в условиях дневного стационара.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ РОДОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Жаббарова Муниса Г. магистр 1 курса

Научный руководитель: ассистент PhD С.М. Шакирова, 2 кафедра акушерства и гинекологии

Андижанский государственный медицинский институт

Цель нашего исследования - изучить микрофлору родовых путей родильниц при преждевременных и срочных родах. Проведено бактериологическое исследование содержимого влагалища в первые сутки послеродового периода 53 женщин, родоразрешённых через естественные родовые пути в городском клиническом родильном доме 2 города Андижана. В I группу вошли 14 родильниц после преждевременных родов, во II группу - 39 родильниц после срочных родов. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (p,%) и стандартной ошибки доли (Sp,%). достоверность результатов двух сравниваемых групп была оценена методом %2.

При бактериологическом исследовании содержимого влагилица был получен рост микроорганизмов следующих семейств: Mgerococceae (*S. epidermidis*, *S. аыгеыз* и др.), 81ger1:ococcaceae (*S. agalactiae* и др.), Enterobacteriaceae (*E. coli*) и грибов рода *Candida* (*C.albicans*). Рост представителей семейства Micrococcaceae в I группе был получен в 35,71±12,80%, во II группе - в 48,72±8,0%, микроорганизмы семейства Streptococcaceae были обнаружены в I группе в 14,29±9,35%, во II группе - в 25,64±6,99%. *E. coli* и *C.albicans* выделены у родильниц с преждевременными родами в 7,14±6,88% и 21,43±10,97% случаев соответственно, со срочными родами - в 17,95±6,15% и 5,13±3,53% соответственно. Рост аэробной микрофлоры не получен в 35,71±12,80% в I группе и в 23,08±6,75% во II группе. Таким образом, статистически значимых различий между группами по частоте выделения отдельных микроорганизмов не обнаружено. Однако, у родильниц после преждевременных родов в 4,2 раза чаще высевались *C.albicans*, в то время как у родильниц со срочными родами в 2,5 раза чаще высевалась *E. coli*.

Жахонгиров Б.-студент 1 курса АГМИ и ДГАМУ РФ

*Научный руководитель: Гофурова Ю.К., преподаватель - Кафедра узбекского языка и литературы
Андижанский государственный медицинский институт*

Основным средством общения между людьми является язык, люди взаимодействуют друг с другом, прежде всего, в процессе речевой деятельности. «В языке одухотворяется весь народ и вся его родина, язык есть самая живая, самая обильная и прочная связь, соединяющая отжившие, живущие и будущие поколения народа в одно великое, историческое, живое целое», - писал К.Д.Ушинский.

Речевая культура - один из компонентов общей культуры человека. Как и другие слагаемые культуры, она прививается, воспитывается и требует постоянного совершенствования. Понятие высокой речевой культуры условно включает два уровня. Первый - речь правильная, соответствующая нормам современного литературного языка, и второй - речь хорошая, «умелая, искусная» (Г.О.Винокур). Совершенствование речевой культуры - один из путей повышения общей культуры человека.

Каждый человек, который трудится в какой-либо профессиональной сфере, использует язык не только как средство общения, но и как инструмент своей деятельности. Профессиональная речь, это, прежде всего, коммуникация, осуществляемая с помощью специальных профессионально маркированных (отмеченных) средств языка. В основе же всех определений лежат следующие компоненты, которые характеризуют профессиональную речь:

- установка на специфическое, специализированное общение;
- ориентация на процесс непосредственной коммуникации;
- связь профессиональной речи с языковой системой;
- обязательное соответствие профессиональных высказываний различным стилям и жанрам речи.

Профессиональная культура личности помимо названных компонентов содержит дар живописного изложения; умение мыслить самостоятельно; наличие глубокой эрудиции; осознание профессиональной этики; знание методов, форм и средств воздействия; высокую коммуникативную культуру; свободное владение речью.

Главное в общении не только то, что и как сказано, но и то, что и как воспринято; именно воспринятое говорит о нормативности речи (т. е. о соответствии ее системе норм, принятых в литературном языке), о ее целесообразности (т. е. о точности, логичности, образности, краткости, ясности, эстетической выразительности, действенности) — о том, как речь повлияет на поступки собеседника и приведет к формированию новых устремлений каждой личности, участвующей в диалоге.

В сочетании нормативность и целесообразность речи образуют ее культуру. Понятие это многогранное.

Культура речи — совокупность выработанных на протяжении исторического развития и сохраняемых в обществе норм, правил, способов и приемов оптимального коммуникативного поведения; один из основополагающих элементов культуры общества. Культура речи — основа речевого мастерства человека, искусства речи, развиваемого риторикой и стилистикой, а также психологией общения.

Культура речи - особый раздел науки о языке, главным результатом изучения которого должно быть умение говорить и писать правильно. Умение говорить и писать красиво издавна считается отличительной чертой культурного, образованного человека. Один из основоположников культуры речи С.И. Ожегов писал: «Высокая культура речи – это умение правильно, точно и выразительно передавать свои мысли средствами языка. Но высокая культура заключается не только в следовании нормам языка. Она заключается еще и в умении найти не только точное средство для выражения своей мысли, но и наиболее доходчивое (выразительное) и наиболее уместное».

Правильность речи, ее точность, логичность, уместность, чистота, богатство, выразительность являются в языковедении критериями хорошей речи.

МИКОБИОТА СЕМЕЙСТВА SOLANACEAE (ПОМИДОРЫ, БАКЛАЖАНЫ, БОЛГАРСКИЙ ПЕРЕЦ, КАРТОФЕЛЬ) В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ

Жохонгирова О.Н., Расулов У.Ш.

Андижанский институт сельскохозяйственного и агротехнологии

Актуальность. Одной из важнейших задач современности является снабжение населения страны высококачественными, экологически безопасными продуктами питания в течение всего года. Решение этой задачи должно осуществляться в условиях орошаемого земледелия путем применения новейших достижений агротехники, районированных и перспективных сортов и гибридов, адаптированных к условиям региона, создания условий для улучшения качества и сокращения потерь продукции, при минимальных энергозатратах.

Цель исследования. Научно обосновать агротехнические приемы повышения урожая и качества овощных культур семейства пасленовых (томата, перца сладкого и баклажан) в Ферганской долине. Разработать отраслевые стандарты на типовые технологические процессы и стандарты отрасли на сушеные томаты, перец сладкий биологической зрелости, баклажан – технической зрелости.

Результаты исследования. Результаты проведенных фенологических наблюдений за ростом и развитием растений томатов, выращенных на различных фонах удобрений, показали определенную зависимость в прохождении фенофаз от применяемых удобрений. Существующие технологии возделывания сельскохозяйственных культур обеспечивают достаточно высокий выход продукции во всех зонах возделывания сельскохозяйственных растений. Но всегда достаточно достоверно оценивается стоимость производственного продукта по данным технологиям. Современные технологии производства продукции сельского хозяйства основываются в основном на использовании невозобновляемых видов топлива, в первую очередь нефти, природный газ. Быстрое сокращение запасов ископаемого топлива, значительное повышение его стоимости, заставляет искать пути экономии их использования в сельскохозяйственном производстве, а также пути развития топливных энергетических ресурсов базирующихся на солнечных и ветровых ресурсах (так называемые возобновляемые источники энергии). При этом анализ взаимосвязей затрат и выхода энергии дает более , полное руководство к работе направленное на экономию энергии, чем анализ денежных затрат. Энергетическая оценка существующих в современном овощеводстве технологических процессов позволяет выделить наиболее энергоемкие операции и обосновать ресурсосберегающие агроприемы возделывания овощных культур. Одним из важнейших показателей роста эффективности производства является повышение производительности общественного труда. На этот показатель оказывают влияние ряд факторов, но главный из них повышение фондовооруженности труда. В сельском хозяйстве при, повышении фондовооруженности труда в 17,5 раз, производительность труда повышается в 4 раза.

Вывод. На основании анализа полученного многолетнего материала исследований разработаны ОСТы на технологические процессы производства и технические условия на продукцию, а также технические условия на сушеную продукцию томатов, перца сладкого и баклажан; -установлены оптимальные режимы для транспортирования и хранения овощной продукции, обеспечивающие высокую сохранность; -разработана новая ресурсосберегающая технология солнечно-воздушной сушки товарного (нестандартного) урожая пасленовых; готовый сушеный продукт подтвержден ОСТами, введенными в 2003 г. впервые с правом выдачи сертификатов; -научно-обосновано использование побочного сырья семеноводства томатов и перца сладкого.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТОРАКОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ

Жумабоев И.Ж.-студент

Научный руководитель: Юлдашев М.А., ассистент кафедры детской хирургии.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) представляет собой различные по форме западения грудины и передних отделов ребер, приводящим к функциональным нарушениям со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Единственным способом лечения является корригирующая торакопластика. Все существующие методы имеют свои определенные недостатки, которые могут привести к рецидиву деформации. Чаще всего это зависит от фиксирующих устройств, удерживающих грудину в коррегированном положении.

Цель. Изучить причины осложнений, влияющие на результат лечения ВДГК.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 11 наблюдений с деформацией грудной клетки, наступившей после операции коррекции воронкообразной грудной клетки по Равич-Гроссу с наружной тракцией грудины с вытяжением к шине Маршева. Непосредственный результат у этих детей был признан хорошим. В отдаленные сроки в течении 1-2 года по данным местного осмотра, антропометрии и функциональных исследований результат оценивался как хороший. В последующем в 2х случаях частичный рецидив наступил у больных с синдромом Марфана и болезнью Дауна, обычный срок фиксации оказался недостаточным. В 3х случаях полный рецидив наступил через 1.5 месяца в результате обрыва тракционной нити в амбулаторных условиях. Причиной западения на местах остеотомии являлась недостаточная резекция сегментов ребер, в результате которой образовалась изолированная деформация грудной клетки. Чрезмерное вытяжение за грудину привело к гиперкоррекции. Причиной келлоидных рубцов стало местное осложнение в виде воспалительных явлений.

Выводы. Коррегирующая торакопластика при воронкообразной деформации грудной клетки это полная реконструкция грудной стенки. Возможны различные осложнения в ранние и отдаленные сроки. С целью профилактики необходимо учитывать все возможные причины влияющие на результат лечения. В связи с этим нами разработана методика торакопластики, исключая какие-либо фиксирующие устройства.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Жумабоев И.Ж. - студент

*Научный руководитель: Кетмонов А.Г., ассистент кафедры детской хирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Лечение и профилактика хирургической инфекции у детей остается одной из важных проблем детской хирургии. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, склонностью к генерализации инфекции и широким распространением резистентных возбудителей, и как результат учащение тяжелых форм гнойно-септического процесса, снижение эффективности антибиотикотерапии и высокая летальность. Антибиотикотерапия является важным звеном в комплексе лечения гнойно-воспалительных заболеваний, однако назначение максимальных доз антибиотика приводит к ухудшению иммунобиологического состояния у детей, особенно при традиционных методах введения. Известно, что в лимфатическом узле может задерживаться до 99% бактерий, в связи с этим необходимо исключить циркуляцию токсинов в лимфатическом русле.

Цель. Улучшить результаты лечения острых заболеваний легких.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 86 детей с различными бронхо-легочными заболеваниями без плевральных осложнений и 12 детей с плевральными осложнениями в виде пневмоторакса в возрасте от 6 мес до 13 лет. Все они находились в отделении интенсивной терапии в тяжелом состоянии. Всем детям в комплексе лечения применялись антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры. Антибиотики вводили исключительно через претрахеальную клетчатку, путем введения микроирригатора в загрудинное пространство с помощью модифицированной иглы по принципу Сельдингера. В первые 3 дня вводили 2 раза в сутки, далее 1 раз в день в разовой возрастной дозировке. Антибиотик вводили в разведенном в теплом растворе новокаина. Детям с деструкцией легких и плевральными осложнениями было проведено дренирование плевральной полости по Бюлау с промыванием теплым дезинфицирующим раствором.

Эффективность лечения проявился на вторые сутки в виде улучшения общего самочувствия, уменьшились одышка, кашель и температура тела, улучшились также клинико-лабораторные и рентгенологические показатели.

Выводы. Региональное введение антибиотика через претрахеальную клетчатку является высокоэффективным методом в комплексе лечения острых бронхо-легочных заболеваний у детей, особенно раннего возраста, и как результат, сократилось количество инъекций и длительность нахождения в стационаре.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛУРАНОМ И ДЕСФЛУРАНОМ В ПЕДИАТРИИ

Жуманиязов Рахимберди Каримберди угли

Магистр кафедры детская анестезиология и реаниматология

*Научный руководитель: PhD., ассистент Маматкулов И.Б.
Ташкентского педиатрического медицинского института*

Цель работы: Сравнительная характеристика анестезии севофлураном и десфлураном в педиатрии.

Материал и методы исследования: В клинике ТашПМИ севофлуран около 10 лет используется в качестве ингаляционного анестетика, последние 4 года в практику вошел десфлуран. В детском хирургическом отделении проводятся до 3000 анестезий в год. Под наблюдением было 500 пациентов, возрастом от 3-14 лет, весом от 15-65 кг. У 300 пациентов использовался в качестве анестетика севофлуран, у остальных 200 пациентов-десфлуран. Анестезию проводили аппаратом Drager Primus. Уровень анестезии и время выхода из анестезии определяли клинически по BIS-монитору. Параметры вентиляции и гемодинамики контролировались мониторами, встроенными в аппарат Drager. Параметры вентиляции: ДО и ЧДД, минутная вентиляция и давление на вдохе, напряжение CO₂ на вдохе и выдохе, концентрацию севофлурана и десфлурана на вдохе и выдохе.

Показатели гемодинамики: ЭКГ, САД, ДАД, частота пульса и SpO₂.

Методика анестезии:

1. Севофлуран применялся как масочный моноанркоз при небольших и мало травматичных операциях, а также являлся частью комбинированной потенцированной анестезии: вводный наркоз масочная ингаляция, затем установка ларенгиальной маски или интубационной трубки. Анестезия дополнялась фентанилом и миорелаксантами и ИВЛ.

2. Десфлуран. Вводная анестезия деприваном, затем установка ларенгиальной маски или интубационной трубки, поддержание анестезии- десфлуран, фентанил, миорелаксация, ИВЛ.

Результаты исследования: При сравнении параметров газообмена, гемодинамики и уровня анестезии оба анестетика сравнительно похожи. Основные различия заключались в возможности более быстрого изменения глубины анестезии у десфлурана. Выход из анестезии десфлураном осуществлялся быстрее, чем при использовании севофлурана.

Выводы: При сравнении результатов проведенного исследования мы сделали вывод, что десфлуран не имеет особых преимуществ перед севофлураном. Учитывая невозможность проведения вводной анестезии десфлураном и его более высокую стоимость, в детской анестезиологии средством выбора, по нашему мнению, может являться севофлуран.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Жураев М.А., Негматжонов Б.Т. - магистры

Научный руководитель: Мамаджанов К.Х.

старший преподаватель кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Переломы шейки бедренной кости представляют собой проблему большой социальной значимости. В России частота переломов проксимального конца бедренной кости составляла около 60 на 100 тысяч населения. У лиц старше 75 лет этот показатель возрастает до 230. В США ежегодно регистрируется более 250 тысяч переломов шейки бедра и вертельной зоны.

Цель исследования. Проанализировать результаты хирургического лечения медиальных переломов бедренной кости

Материал и методы исследования. Отдаленные результаты лечения изучены у 48 больных с переломами шейки бедра, которым производился ОСШ (26 больных) или тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (22 больных).

При анализе отдаленных результатов учитывался уровень физической активности, а также соматический статус пациента до травмы:

I - группа - больные прикованы к постели.

II - группа - больные, ходившие до травмы.

III - группа - полностью активные до момента травмы..

Основная масса больных оперирована в сроки от 3 до 9 дней после травмы, в том числе больные, которым выполнено тотальное эндопротезирование. При этом больные находились на скелетном вытяжении. Проводилась симптоматическая терапия и предоперационная подготовка.

Результаты и их обсуждение. Основные положения, вытекающие из анализа отдаленных результатов лечения шейки бедра:

1. Не отмечено ни одного случая инфекционного осложнения.

2. Мобилизация пациентов возможна на второй-третий день после операции.

1. Полная нагрузка на оперированную конечность разрешается с момента рентгенологического подтверждения консолидации.

2. Чем меньше период с момента травмы до перкутанного остеосинтеза, тем быстрее пациенты пожилого и старческого возраста адаптируются после операции.

3. Первичное тотальное эндопротезирование у больных с переломами шейки бедра обеспечивает опорную функцию поврежденной конечности, если не происходит осложнения. При этом следует подчеркнуть, что по материальным затратам, кровопотере, вероятности инфекционных осложнений оно не сопоставимо с перкутанным остеосинтезом, т.е. с операцией по малоинвазивной технологии.

Выводы.

1. В связи с малой инвазивностью ОСШ не отмечено ни одного случая летальных исходов в раннем послеоперационном периоде. Не было также ни одного случая нагноения или миграции фиксаторов.

2. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при переломе шейки бедра является альтернативным по отношению к ОСШ. Метод можно считать оптимальным у лиц с удовлетворительным общесоматическим статусом и низкой вероятностью осложнений со стороны сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, при отсутствии угрозы тромбоэмболии легочной артерии и нагноения.

ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИЕЙ

*Жураев Ш.Т., студент 2-курса педиатрического факультета
Научный руководитель: Хасанова Ш.А. - Кафедра социальной гигиены и УОЗ
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Пищевая аллергия на глютен или глютеносная энтеропатия (целиакия) - хроническое заболевание человека, при котором употребление в пищу продуктов из зерна пшеницы, ржи, ячменя вызывает в организме широкий спектр патологических изменений: поражение слизистой оболочки тонкой кишки, резкое ухудшение переваривания и всасывания пищевых веществ.

Установлено, что медикаментов для лечения целиакии не существует. Единственный путь для больных целиакией - пожизненно соблюдать безглютеновую диету, для соблюдения которой должны быть полностью исключены продукты, содержащие в своем составе глютен. Это белок, содержащийся в хлебных злаках, к примеру, в пшенице, ржи, ячмене и так далее. В его состав входит вещество L-глюадин, которое оказывает токсичное воздействие на слизистую и ведет к нарушению процесса абсорбции питательных компонентов в кишечнике.

Цель исследования. Дать гигиеническую оценку питания детей с глютеносной энтеропатией для удовлетворения их физиологических потребностей продуктами, производимыми в Андижанской области, и обосновать систему профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. В ходе выполнения исследований был проведен многоэлементный анализ содержания эссенциальных макро- (Ca, Mg, K, Na, P), микро- (Co, Cr, Cu, Fe, I, Mn, Se, Zn), условно эссенциальных (As, Ni, Li, Si, V), потенциально токсичных (B, Sn, Sr) и токсичных (Al, Cd, Hg, Pb) элементов в местных продуктах питания. Они были произведены в контрастных по геохимическим характеристикам территориях Андижанской области. Предшествующими исследованиями показана низкая пищевая ценность продуктов, используемых КДП для детей дошкольных и школьных учреждений.

Результаты исследования. Пищевое поведение детей с ГЭ является рациональным при оптимальной кратности приема пищи (71,8 %) 4-5 раз в день, ежедневном потреблении мясopодуков (86,5 %), молока и кисломолочных продуктов (90,3 %), овощей (88,4 %), фруктов (86,5 %) и при ограниченном количестве детей (21,2 %), получающих не рекомендованные для них продукты. Строгую безглютеновую диету соблюдают 2,9 % детей с ГЭ, 35 % соблюдают ее с погрешностями, 62,9 % нарушают диетотерапию.

Пищевой статус детей с ГЭ характеризуется: снижением показателей физического развития (тенденция к низким темпам роста выявлена у 30 % детей, дефицит массы тела - у 36 %); белково-энергетической недостаточностью с низким уровнем альбуминов крови ($55,2 \pm 5,14$ г/л) и продуктов трансформации белка - мочевины ($3,3 \pm 0,23$ ммоль/л) и креатинина ($36 \pm 3,7$ ммоль/л). Энергетическая недостаточность подтверждается тенденцией к гипогликемии ($3,38 \pm 0,32$ ммоль/л) и гипохолестеринемии ($3,4 \pm 0,28$ ммоль/л).

Трофические нарушения слизистой оболочки полости рта детей с ГЭ описаны достоверными симптомами ее бледности у 50 % [95% ДИ 35,2-64,8] детей, гипоплазией зубной эмали — у 40,7 % [95% ДИ 27,0-55,6], хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом - у 27,3 % [95% ДИ 14,1-40,5], глосситом Хантера - у 11,4 % [95% ДИ 3,8—22,3]. Трофические нарушения мягких тканей полости рта ассоциированы с дефицитом фолата (г от +0,62 до +0,79).

Вывод. Организация по формированию навыков здорового питания у детей дошкольного возраста как составной части здорового образа жизни, должна носить системный характер, обеспечивающий преемственность и непрерывность данного процесса, а также учитывать возрастные и индивидуальные особенности детей. Поскольку безглютеновая диета является профилактикой здоровья для людей с заболеванием целиакией, соблюдать ее придется продолжительное количество времени, а чаще пожизненно.

ПЫЛЬЦЕВАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ, КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ – ПРИЧИНЫ

*Жураева М.К. -- студент 1 года обучения магистратуры кафедры Аллергологии клинической иммунологии, микробиологии
Научный руководитель: Тухтаева О.Т. доцент кафедры Аллергологии клинической иммунологии, микробиологии
Научный консультант: Назаров А.А. профессор кафедры Аллергологии клинической иммунологии, микробиологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Конец XX и начало XXI века характеризуются вызывающим тревогу ростом числа больных с различными аллергическими заболеваниями, среди которых одно из первых мест занимает бронхиальная астма (БА). Сам приступ пыльцевой астмы ничем не отличается от типичного приступа бронхиальной астмы другой этиологии.

Цель исследования. Изучить клинические симптомы и причины приводящие к пылевой бронхиальной астме у детей.

Материалы методы. Под нашим наблюдением находились 34 больных с пылевой бронхиальной астмой в возрасте от 7 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в аллергологическом отделении ГКДБ №1 и в частной клинике «Allergo Lifi». Диагностика БА осуществлялась по рекомендациям ВОЗ «Бронхиальная астма. Глобальная стратегия». Пылевая бронхиальная астма у осмотренных детей устанавливалась по тщательно собранного аллергологического анамнеза, и на основании результатов комплексных клиничко-аллергологических, функциональных и лабораторных, инструментальных исследований. В комплекс инструментального обследования входило проведение спирометрии, тестов с бронхолитиками и пикфлоуметрии, рентгенографии легких и органов грудной клетки.

Результаты исследования. Наши наблюдения показали, что симптомы пылевой БА проявляется по-разному. Почти у всех больных симптомы начинались с появлением чихание и зуд в носу, кашель, затруднение дыхания, приступы удушья. Течение пылевой бронхиальной астмы у наблюдаемых детей имело циклический характер. Во время периода предвестников у 69,7% детей с пылевой БА отмечалась беспокойство, нарушение сна, головная боль, зуд кожи и глаз, заложенность носа, сухой кашель. Приступ удушья БА у 94,7% сопровождался ощущением сдавления в груди и нехватки воздуха, одышкой экспираторного типа, свистящие дыхание, с участием вспомогательной мускулатуры, дистанционные хрипы. Во время приступа бронхиальной астмы 88,4 % кожные покровы бледные с выраженным цианозом носогубного треугольника, отмечался малопродуктивный кашель с трудноотделяемой густой, вязкой мокротой, отхождение густой мокроты, приводит к облегчению дыхания. При аускультации выслушивалось жесткое или ослабленное дыхание с большим количеством сухих свистящих хрипов; при перкуссии коробочный звук. При легкой степени бронхиальной астмы у детей приступы удушья наблюдались реже 1 раза в месяц и быстро купировалось. Среднетяжелая степень бронхиальной астмы у обследуемых детей протекала с частотой обострений 3-4 раза в месяц; скоростные показатели спирометрии составляло 80-60% от нормы. У детей с тяжелой степени бронхиальной астмы приступы удушья наблюдалось 3-4 раза в месяц; показатели ФВД составляло менее 60% от возрастной нормы. В период цветения растений в конце февраля и в начало марта больные дети с пылевой БА, при сухой солнечной погоде на открытом воздухе чувствовали себя значительно хуже, чем в комнате или в дождливую влажную погоду, когда симптомы заболевания выражены слабее или отсутствуют.

Выводы. При изучении клинических проявлений пылевой БА у обследуемых детей выявлено, что симптомы: приступообразный сухой кашель, свистящие хрипы в груди, одышка с преимущественным затруднением выдоха, чувство нехватки воздуха, чувство заложенности в груди, приступы удушья наблюдалось в разгаре заболевания сезонно в период цветения растений (в конце февраля и в начало марта).

КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

*Жураева С.Т., студентка 2-курса направления «Профессиональное образование»
Научный руководитель: Хасанова Ш.А. - Кафедра социальной гигиены и УОЗ
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблемы повышения эффективности профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий всегда являются актуальными для медицины. Вместе с тем, на рубеже XX-XXI веков они значимо обострились в связи с нарушениями в количественной и качественной адекватности питания населения, что привело к развитию синдрома «маладаптации» - сниженной естественной резистентности организма (ЕРО) за счет недостаточного поступления в организм витаминов и минеральных веществ. В урбанизированных промышленных центрах, в экологически «напряженных» регионах у населения развивается синдром экологически сниженной естественной резистентности организма. Можно полагать, что такие два явления могут «налагаться» друг на друга и приводят к еще большему напряжению указанных механизмов организма.

Цель работы. Обосновать методы повышения эффективности оздоровительных программ для лиц с профессиональными заболеваниями с использованием натуральных концентрированных пищевых продуктов с повышенным содержанием БАВ, разработанных с учетом патогенеза.

Результаты исследования. У больных ПХБ, на фоне выраженного воспалительного процесса (увеличение С-реактивного белка до 27 мг/мл, концентрации интерлейкина 8 до 300,0 нг/мл 72%; наличие у 50,0% фактора некроза опухоли, превышающего нормальный уровень до 4,0 раз), обнаруживались явления оксидативного стресса (снижение антиокислительной активности сыворотки крови на 30,0%, повышение содержания малонового альдегида у 56,0% пациентов до $4,2 \pm 1,37$ мкмоль/л, повышение активности каталазы у 70,0% до $53,0 \pm 9,5$ мкмоль/л) и сенсibilизации организма (превышение референтных границ иммуноглобулинов класса Е у 33,3% обследуемых).

Включение НКПП в комплекс оздоровления больных ПХБ с выраженными антиоксидантными свойствами способствует повышению насыщенности организма витаминами и минеральными веществами, в

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

частности витамина А - на 35,0%, Е - на 36,7%, железом - на 22,2%, фосфором - на 15,8%. Установлена большая эффективность реабилитации по сравнению с группой контроля по субъективным и объективным показателям (биохимическим, иммунологическим и клиническим); повышение качества жизни отмечено у 60,0% больных.

Установлено преимущество оздоровительного комплекса у больных с заболеваниями КМС при включении в НКПП по влиянию на метаболические процессы организма (нивелирование признаков витаминно-минеральной недостаточности по 8 параметрам, повышение насыщенности пищевыми волокнами; нормализация количества эритроцитов и уровня гемоглобина в крови; уменьшение воспалительных процессов) и объективным клиническим данным (превышение силы кистей в 2,0-2,2 раза, объема движений суставов - в 1,6-1,7 раза, уменьшение болезненности суставов - в 1,3 раза).

Вывод. Определена необходимость включения в комплекс оздоровления больных с профессиональными заболеваниями средств, компенсирующих микронутриентную недостаточность организма.

Оптимизированы программы оздоровления больных с профессиональными заболеваниями, а также при наличии сопутствующих патологий с применением витаминно-минерально-минорных комплексов из растительного сырья.

Доказано, что учет патогенеза развития профессиональных заболеваний - основа для разработки немедикаментозных методов оздоровления больных, среди которых НКПП с повышенным содержанием БАВ.

Оценка влияния НКПП с повышенным содержанием БАВ на здоровье больных с профессиональными заболеваниями определяет возможность их применения и с профилактической целью в группах лиц, работающих в условиях повышенной запыленности, а также воздействию значительных физических нагрузок.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Зайнобиддинова Д. - студентка 5 курса лечебного факультета

Научный руководитель: Икрамова Ф.Д. - старший преподаватель кафедры общей хирургии.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Острый парапроктит (ОП) является самым распространенным заболеванием в практике неотложной хирургической проктологии. Пациенты этой группы составляют около 1% всех госпитализированных в различные стационары хирургического профиля и 5% среди страдающих заболеваниями ободочной и прямой кишок. В числе острых гнойных поражений аноректальной зоны, частота ОП приближается к 45%.

Цель работы. Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных сложными формами острого парапроктита.

Материалы и методы исследования. Нами было исследовано 56 больных. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были геморрой (46,1%), различные формы колита (11,7%), хроническая анальная трещина (3,7%). Сущность хирургической тактики заключается в разделении лечения на два этапа. Первый этап включал неотложное вскрытие гнойного очага, тщательную ревизию гнойной полости и санацию и заканчивался адекватным дренированием и наложением повязок с водорастворимыми мазями. После этого осуществляли второй этап хирургического лечения – выполнение радикальных оперативных вмешательств. Радикальные вмешательства выполнялись на 7-10 дни после вскрытия гнойника. После ушивания внутреннего отверстия, для укрепления фиксации и уменьшения натяжения перемещенного фрагмента, использовали срединные подслизистые швы. Любая радикальная операция при хирургическом лечении острого парапроктита направлена на одномоментную ликвидацию гнойного хода и его внутреннего отверстия. При признаках нагноения, швы снимались на всем протяжении раны.

Выводы. Таким образом, для хирургического лечения больных сложными формами парапроктита целесообразна двухэтапная тактика, на первом – выполняется неотложное вскрытие гнойника, на втором, после полного стихания воспалительных явлений, спустя 5 – 7 дней – производятся ранние отсроченные радикальные вмешательства. По возможности следует стремиться к сфинктеросохраняющим операциям и индивидуальному выбору их метода. Дальнейшими приоритетами лечения следует считать постоянный контроль послеоперационной раны для своевременной ликвидации рецидивных очагов некроза или гнойных затеков.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Зияева Э.Р., Собирова М.Р. -Кафедра акушерства и гинекологии № 2
Андижанского государственного медицинского института
Руководитель: д.м.н., доцент Н.Х.Рузиева кафедра акушерства и гинекологии
Ташкентского медицинского педиатрического института*

В настоящее время воспалительные процессы женских половых органов, особенно воспалительные заболевания придатков матки, занимают ведущее место в структуре гинекологических заболеваний. Актуальность проблемы в последнее время приобретает особую значимость в связи с ростом частоты заболевания и влиянием воспалительных процессов на репродуктивную функцию женщин - развитие бесплодия у 82% женщин и нарушения менструально-овариального цикла у 90% больных.

Целью исследования является сравнительное изучение особенностей изменения показателей неспецифической реактивности больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом в условиях андижанской области у женщин фертильного возраста.

Задачей исследования была изучение особенностей изменения показателей неспецифической реактивности больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом в условиях Андижанской области у женщин фертильного возраста.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленных задач проведено сравнительное изучение фагоцитарной активности нейт-рофильных лейкоцитов (ФАН), фагоцитарного индекса (ФИ) и показателя завершенности фагоцитоза (ПЗФ) у больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом.

На базах репродуктивного центра и областного перинатального центра проведены исследования у 96 больных с хроническим сальпингоофоритом. В качестве метода лечения у больных основной группы применена комплексная физическая реабилитация с с обезболиванием органов малого таза различными методами, а в группе больных для сравнения проведена комплексная физическая реабилитация больных сальпингоофоритом с применением традиционной консервативной терапии в сочетании с физическими методами лечения.

Результаты и их обсуждения. Установлено, что (ФАН) находилась в прямой коррелятивной связи с состоянием больных. ФАН в определенной степени зависит от характера сенсibilизации. До лечения ФАН определился несколько ниже, чем в контрольной группе $70,41 \pm 0,43$, ФИ выше $7,84 \pm 0,03$ и ПЗФ был несколько подавлен и равнялся $0,61 \pm 0,02$ ед.

Исследования показали что, в основной группе больных, где применена комплексная физическая реабилитация с с обезболиванием органов малого таза различными методами, благотворно влияет на показатели клеточного иммунитета у больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом. Эти показатели значительно улучшились в статистически достоверных величинах: ФАН $89,2 \pm 0,26$ ($P < 0,001$), ФИ $9,5 \pm 0,08$ ($P < 0,001$), ПЗФ $0,78 \pm 0,03$ ($P < 0,001$), чем у больных контрольной группы – получивших лечение тради-ционную консервативную терапию в сочетании с физическими методами лечения.

ФАН определился $74,93 \pm 0,82$ ($P < 0,05$), ФИ $8,93 \pm 0,08$ ($P < 0,001$), ПЗФ $0,69 \pm 0,02$ ($P < 0,005$).

Выводы. Комплексная физическая реабилитация с обезболиванием органов малого таза различными методами благотворно влияет на показатели клеточного иммунитета у больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом по сравнению с традиционными видами лечения.

ФОРМИРОВАНИЕ МЕЖКУЛЬТУРНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОМ ОБУЧЕНИИ

*Выполнила: Зиямова Н.О, студентка 203 группынаправление медицинской профилактики
Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К.,Козимжонов И.Ф.
Кафедра психиатрии и наркологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Культурологическая информация, предлагаемая студентам неязыковых вузов, недостаточно интегрирована в процесс обучения. Существует разрыв между теоретическими знаниями, которые получают учащиеся, и практическими навыками, и умениями межкультурного общения, которые необходимы им в будущей профессиональной деятельности.

Для достижения взаимопонимания необходимо получить не только определенную совокупность знаний, но и выработать систему навыков и умений, которые получили название общекультурные компетенции. Этот термин обозначает уровень формирования межличностного общения, который требуется иностранному гражданину для успешного функционирования в обществе.

Цель исследования. Разработать, теоретически обосновать модель формирования МКК студентов в процессе обучения иностранному языку в медицинском вузе и экспериментально проверить ее эффективность.

Методы исследования. Анализ педагогической, психологической, философской, лингвистической и культурологической литературы; педагогическое моделирование; изучение и обобщение педагогического опыта, анализ собственной педагогической деятельности; констатирующий и формирующий эксперимент; педагогическое тестирование; наблюдение; анкетирование; беседа; методы количественного анализа и статистической обработки полученных данных: критерий χ^2 - Пирсона.

Экспериментальная база исследования: Андижанский государственный медицинский институт. Исследованием было охвачено 200 студентов 1—2 курсов.

Результаты исследования. Основой экспериментальной работы по формированию межкультурной компетентности студентов медицинского вуза в процессе обучения иностранному языку явилась технология реализации модели, представленной в первой главе диссертации. В соответствии с моделью технология включала четыре этапа, на каждом из которых формировались компетенции, образующие МКК: лингвистическая, страноведческая, ценностно-смысловая, коммуникативная.

Все компетенции формируются одновременно в целостном педагогическом процессе. Однако на каждом этапе мы имели возможность обратить особое внимание на формирование одной из них.

В ходе практической части исследования была подтверждена необходимость соблюдения педагогических условий, позволяющих эффективно реализовать модель педагогического процесса, направленную на формирование основных компонентов МКК в процессе обучения иностранному языку. На каждом этапе обучения необходимо соблюдение всего комплекса данных условий. Однако относительная значимость того или иного условия на отдельных этапах может возрастать.

Эффективность технологии формирования МКК студентов в процессе обучения ИЯ в медицинском вузе была проверена экспериментально. Результаты педагогической диагностики свидетельствуют о том, что у всех студентов, занимавшихся в экспериментальных группах, значительно повысился уровень сформированности всех компетенций, образующих МКК.

По итогам исследования нами были получены данные о том, что ЭГ по сравнению с КГ по высокому уровню имеет показатели выше на 12%, по среднему уровню — на 1%. Низкий уровень сформированности МКК в экспериментальных группах по сравнению с контрольными меньше на 13%.

Использование технологии позволило повысить интерес студентов к дальнейшему изучению французского языка в целях эффективной межкультурной коммуникации. У студентов также повысился интерес и к родному 128 языку. В процессе обучения у студентов значительно расширился межкультурный кругозор, что является несомненным преимуществом представленной модели и технологии по сравнению с традиционной системой обучения иностранному языку в медицинском вузе.

Отмеченные изменения показателей свидетельствуют о действенности модели формирования МКК студентов в процессе обучения ИЯ в экспериментальной группе. Это подтверждается статистической достоверностью различий, установленных посредством сравнения результатов итоговой диагностики с помощью χ^2 - критерия Пирсона. Эмпирическое значение критерия будет равно: $\chi^2 = 1,2 (p < 0,05)$ при степени свободы $u = 2$.

Вывод. В нашем же случае тексты национальной тематики (не страноведческие), уже помещённые в учебное пособие, станут частью модели формирования межкультурной компетенции иностранных студентов. Разработанная система упражнений поможет освоить лексический, грамматический, речевой материал текстов. Закреплением материала послужит выход в среду изучаемого языка для непосредственного контакта с носителями языка. Контролем станет разработанная система тестов (аудирование, чтение, говорение, лексика и грамматика).

ВЛИЯНИЕ СОПОЛИМЕРА ДИМЕТИЛАМИНОЭТИЛМЕТАКРИЛАТА С АКРИЛАМИДОМ НА ЭЛЕКТРОКИНЕТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ НАТРИЙКАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ

*Зокирова Н.Т., Хазраткулова С.М.
Ташкентский фармацевтический институт*

Актуальность. В статье показана, что при смешении различных заряженных полимерных электролитов образуются комплексы при всех соотношениях и знак ξ -потенциала может изменяться. В разбавленных растворах при заряде равном нулю образуется водорастворимый комплекс NaКМЦ с ДМАЭМА-АА. Полная нейтрализация NaКМЦ сополимером происходит при соотношении компонентов 2:1, что указывает на участие обеих функциональных групп сополимера в образовании интерполимерного комплекса.

Цель. При смешении катиоактивного полимера с аниоактивным обычно происходит взаимодействие полимеров за счет разноименно заряженных функциональных групп, что отражается и на электрокинетическом потенциале смеси полимеров.

Методы. Нами было изучено изменение электрокинетического потенциала натрий карбоксиметил целлюлозы (NaКМЦ) с молекулярной массой $10 \cdot 10^4$ и со степенью полимеризации 450, содержащей 360 функциональных- COO-Na групп, способных ионизироваться в водных растворах с образованием отрицательного заряженной полимерной цепи, которая нейтрализуется добавлением положительно заряженного сополимера диметиламиноэтилметакрилата с акриламидом (ДМАЭМА-АА) при соотношении 1:1. Для смешения 0,01%-ные водные раствора исследуемых полимеров при различных соотношениях.

Полученные результаты. В качестве боковой жидкости готовили раствор хлористого натрия с таким же значением электропроводности и pH среды [3]. Что и исходный раствор полимеров NaКМЦ и ДМАЭМА-АА. Видно, что при разбавлении сохранить конформации макромолекул и соответственно получить линейную зависимость вязкости от концентрации, соответственно более точно получить и рассчитать скорость движения комплексов макромолекул. Получены калибровочные зависимости времени истечения раствора от предполагаемого пути пройденного макромолекулами для растворов NaКМЦ, ДМАЭМА-АА и их смесей по которым и определяли скорость движения макроионов при наложении разности потенциалов. По экспериментальным данным рассчитывали ξ -потенциал исходных полимеров и их смесей. Электрокинетический потенциал для исходных полимеров отличается по знаку и по величине, а для смесей, как показывают кривые зависимости ξ -потенциала от состава смесей (рис.4) наблюдается отклонение от аддитивности, минимум которой приходится при соотношении компонентов 1:1. Это можно объяснить, тем что при небольших добавках ДМАЭМА-АА образуется комплекс полимеров, аминогруппы сополимера полностью нейтрализованы и эффективный электрокинетический потенциал комплекса определяется ионизацией карбоксильных групп с образованием более заряженного комплекса (ξ -потенциала уменьшается). Полная нейтрализация NaКМЦ полимером происходит при соотношении NaКМЦ:ДМАЭМА-АА 2:1. Это указывает на то, что ДМАЭМА-АА нейтрализует NaКМЦ двумя функциональными группами. Таким образом при взаимодействии полимерных электролитов происходит образование поликомплексов за счет взаимодействия карбоксильных функциональных групп NaКМЦ с протонированными третичным азотом и амидов сополимера, на что указывает изменение электрокинетического потенциала. Изучая разбавленные растворы полимера, можно определить форму макромолекулы полимера, получить некоторую информацию о степени и характере их разветвления.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Зудунов Б., студент 604-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Норалиев И. - Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Острый бронхообструктивный синдром (БОС) вирусной или вирусно-бактериальной этиологии имеет наибольшую частоту в детском возрасте.

По данным Таточенко В.К. (2010) у каждого четвертого ребенка при остром респираторном заболевании в воспалительный процесс вовлекаются бронхи с продолжительным бронхообструктивным синдромом. Дыхательные расстройства при остром обструктивном синдроме инфекционного генеза имеют разную степень тяжести и сопровождаются гипотонией и метаболическим ацидозом.

Цель работы. Установить факторы риска и основные патогенетические механизмы поражения сердечно - сосудистой системы при острой бронхиальной обструкции инфекционного генеза у детей раннего возраста для оптимизации дифференцированной терапии и улучшения прогноза сердечно - сосудистых нарушений.

Методы исследования. Настоящая работа выполнена в отделении патологии детей раннего возраста Андижанской детской городской больницы, являющейся клинической базой кафедры педиатрии АГМИ.

Результаты исследования. У большинства детей раннего возраста (80%) острые респираторные заболевания, протекающие с обструктивным синдромом, сопровождаются транзиторным повышением уровня антикардиальных антител к проводящей системе, кардиомиоцитам, гладкой мускулатуре миокарда.

Комплексная оценка выраженности клинических симптомов (частота дыхания, степень выраженности гипоксии по данным сатурации кислорода, тахисистолия), электрофизиологических изменений и маркеров поражений миокарда позволяет с вероятностью до 93% прогнозировать развитие нарушений адаптации сердечно - сосудистой системы при бронхиальной обструкции инфекционного генеза у детей раннего возраста.

У детей первого года жизни острые респираторные заболевания с бронхиальной обструкцией сопровождаются снижением в 2,5 раза концентрации общего интерферона в сыворотке крови, а также сниженной способностью лейкоцитов к выработке индуцированных, а и у интерферонов повышением провоспалительных цитокинов (C925, C071) и активацией апоптоза (C095). Выявленные нарушения в большей степени характерны для детей с нарушением адаптации сердечно - сосудистой системы.

Острый обструктивный синдром при инфекционных респираторных заболеваниях сопровождается активацией процессов перекисного окисления липидов в виде повышения малонового диальдегида, снижения активности супероксиддисмутазы и уровня аскорбиновой кислоты в сыворотке крови, выраженность которых коррелирует с тяжестью течения основного заболевания и степенью нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы.

Дифференцированная коррекция метаболических и иммунных нарушений в острый период бронхиальной обструкции у детей раннего возраста, наряду с общепринятым лечением острых респираторных заболеваний, включает применение антиоксидантов и мембраностабилизаторов. Сохраняющееся повышение уровня антикардиальных антител вне обострения острых респираторных заболеваний диктует необходимость длительного диспансерного наблюдения и коррекции иммунных нарушений.

Выводы. Наличие нарушений адаптации сердечно-сосудистой системы у детей с острыми респираторными заболеваниями, протекающими с бронхиальной обструкцией, диктует необходимость их наблюдения в катамнезе, кратность и объем которого определяется длительностью и характером сохраняющихся нарушений сердечно-сосудистой системы. При клиническом выздоровлении рекомендуется наблюдение кардиолога в течение 2-3 лет с проведением контрольной электрокардиограммы на протяжении первого года. Затем ЭКГ проводят раз в 3-6 мес., далее 1 раз в 6 мес. При неэффективности проводимой терапии или отрицательной динамике по показаниям ЭКГ показана госпитализация в специализированный кардиологический центр.

СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Зулунов Б., студент 604-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Норалиев И. -Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Ежегодно в мире от респираторной патологии умирает от 2,8 до 3,2 млн. новорожденных детей. По данным ВОЗ непосредственной причиной смерти детей в первые дни жизни в 70-80% случаев являются нарушения дыхания различной этиологии. СДР является наиболее частой причиной возникновения дыхательной недостаточности в раннем неонатальном периоде. СДР или «респираторный дистресс-синдром» новорожденного представляет собой тяжелое расстройство дыхания у детей в первые дни жизни, обусловленное первичным качественным и/или количественным дефицитом сурфактанта. Встречаемость СДР тем выше, чем меньше гестационный возраст и масса тела ребенка при рождении.

Цель исследования. Провести комплексную оценку факторов риска для разработки критериев прогнозирования развития дыхательных расстройств и их инфекционных осложнений у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Характер исследования: клиническое, экспериментальное, прогностическое исследования. Основано на проверяющей гипотезе, по типу «случай - контроль». 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.

Выводы. 1. Факторами риска пневмонии у доношенных новорожденных являются: гестоз, хроническая фетоплацентарная недостаточность, отслойка плаценты, оперативное родоразрешение 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.

2. 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.

3. Возможно вычислительное прогнозирование риска развития пневмонии и респираторного дистресс-синдрома у новорожденных с использованием прогностических таблиц.

4. Полиморфные варианты гена И-1Ш ассоциированы с развитием инфекционных осложнений (сепсиса) у новорожденных.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Выполнил: Зокиров Б.К.

*Научный руководитель: д.м.н. Азизова Н.Д., Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) и аллергический ринит (АР) являются коморбидными заболеваниями, что связано с гистологическим, физиологическим и иммунопатологическим сходством верхних и нижних дыхательных путей, системными механизмами развития хронического аллергического воспаления. Пациенты, страдающие АР, имеют в 3 раза больше шансов заболеть астмой, чем здоровые лица, и, как правило, ринит предшествует формированию БА у 32-49% больных.

Многие пациенты с АР имеют гиперреактивность бронхов (ГРБ), что свидетельствует о том, что наличие ринита является фактором риска развития БА.

Цель исследования. Провести комплексную оценку факторов формирования аллергического ринита у детей с бронхиальной астмой

Материал и методы исследования. Ретроспективные исследования оудет проводиться в г. Ташкенте и Андижанской областях. Диагноз будет устанавливаться на основании классификации основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей, одобренным на специальном заседании XVIII Национального конгресса по болезням органов дыхания (2009). Будут выполнены клинические, функциональные и лабораторные исследования у детей бронхиальной астмой в сочетании с аллергическим ринитом.

Результаты исследования. В когорте обследуемых детей с тяжелой бронхиальной астмой пациенты старшего школьного возраста встречались в 1,4 раза чаще, при этом более 50% из них отмечали манифестацию заболевания в возрасте до 3 лет ($p<0,01$). Пациенты с нетяжелым течением бронхиальной астмы, напротив, преимущественно относились к возрастной категории дошкольного возраста, и астма у них развивалась в возрасте старше 3 лет.

У матерей пациентов с тяжелой бронхиальной астмой в 1,7 раза чаще регистрировалась угроза прерывания беременности ($p<0,01$), не выявлено статистически значимых различий по частоте кесарева сечения, натальной травмы и массы тела ребенка при рождении. ОРВИ и бронхиты с практически ежемесячной частотой в первые 3 года жизни в 1,3 раза чаще регистрировались у детей с развившейся тяжелой бронхиальной астмой ($p<0,01$). Неблагоприятные бытовые условия, проживание в зоне пассивного курения также доминировали в группе пациентов с более выраженными симптомами бронхиальной астмы.

Аллергический ринит у 1/3 детей сопутствовал нетяжелому варианту течения заболевания, составляя при тяжелой бронхиальной астме уже половину в структуре коморбидной алергопатологии ($p<0,01$).

Следует отметить, что статистическая значимость изолированных факторов риска не отражает их комбинированного влияния на течение бронхиальной астмы. Максимальной прогностической способностью может обладать группа предикторов, взаимное влияние которых обеспечивает значительную чувствительность и специфичность прогноза формирования тяжелой астмы.

Наиболее актуальным фактором риска формирования болезни для детского населения считается пассивное курение. Табачный дым ухудшает мукоцилиарный клиренс, усиливая воспаление бронхиального дерева и обострение болезни, значительно снижает объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1), а также приводит к повышению уровня общего иммуноглобулина Е в крови, высвобождению гистамина из тучных клеток и привлечению эозинофилов к легким. По данным W.J. Sheehan и W Phipatanakul (2015) [16], пассивное курение способно снижать чувствительность к ингаляционным кортикостероидам, что служит одним из механизмов формирования стероидрезистентности. Нами установлено, что курение одного родителя в семье увеличивает шанс развития тяжелой бронхиальной астмы в 3 раза ($\chi^2=7,684$; $p\chi^2=0,005$), курение обоих родителей – в 3,9 раза ($\chi^2=6,56$; $p\chi^2=0,01$).

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

По мнению Т.Р. Стройковой (2018) [17], один из доминирующих факторов риска тяжелого течения – женский пол. Информация, полученная в ходе исследования, подтверждает это. Женский фенотип увеличивает вероятность развития тяжелого течения болезни в 2 раза ($\chi^2=4,14$; $p\chi^2=0,041$).

Кроме того, в уравнение включены возраст ребенка ($\chi^2=29,46$; $p\chi^2<0,0001$), определяющий тяжесть течения бронхиальной астмы по мере взросления пациента; возраст дебюта заболевания, имеющий обратное значение стандартизованного коэффициента (для оценки ОШ произведен расчет обратного показателя – $1/0,578=1,73$), на 73% снижающий шанс формирования тяжелой бронхиальной астмы при увеличении возраста манифестации заболевания ($\chi^2=42,50$; $p\chi^2<0,0001$).

Вывод. Таким образом, можно утверждать, что анамнестическими предикторами тяжелого течения бронхиальной астмы служит комбинация ряда показателей.

Полученное уравнение можно использовать для прогнозирования тяжелого течения бронхиальной астмы на основании доступного в практическом здравоохранении анализа комплекса анамнестических данных.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Выполнил: Зокиров Б.К.

*Научный руководитель: д.м.н. Азизова Н.Д., Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) и аллергический ринит (АР) являются коморбидными заболеваниями, что связано с гистологическим, физиологическим и иммунопатологическим сходством верхних и нижних дыхательных путей, системными механизмами развития хронического аллергического воспаления.

Пациенты, страдающие АР, имеют в 3 раза больше шансов заболеть астмой, чем здоровые лица, и, как правило, ринит предшествует формированию БА у 32-49% больных. Многие пациенты с АР имеют гиперреактивность бронхов (ГРБ), что свидетельствует о том, что наличие ринита является фактором риска развития БА.

Цель исследования. Провести комплексную оценку факторов формирования аллергического ринита у детей с бронхиальной астмой.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 107 детей в возрасте 6-18 лет с ПАР средней степени тяжести в периоде обострения и/или БА интермиттирующей, легкой персистирующей в стадии ремиссии.

Результаты исследования. В ходе проведения сравнительного исследования наши пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю вошли дети с ПАР средней степени тяжести в периоде обострения ($n=37$); во 2-ю были включены пациенты с ПАР средней степени тяжести в периоде обострения в сочетании с БА легкой интермиттирующей и персистирующей в периоде ремиссии ($n=40$); в 3-ю группу наблюдения вошли пациенты с БА легкой интермиттирующей и персистирующей в периоде ремиссии ($n=30$).

Согласно поставленным задачам исследования нами проведен анализ цитологического спектра назального и бронхиального секретов, уровня эозинофилов в периферической крови и общего иммуноглобулина (IgE) в сыворотке крови. Было выявлено, что у пациентов с сочетанием БА и АР аллергический процесс был более выраженным по сравнению с детьми, страдающими только АР или только БА. Так, уровень содержания общего IgE в сыворотке крови был в 1,8 раз выше ($p=0,004$), и показатели сывороточного $IgE>300$ МЕ/мл в 2,7 раза чаще встречались ($p=0,018$, $c^2=5,634$) в группе детей с сочетанием БА и АР по сравнению с пациентами, страдающими только АР. Высокие показатели эозинофилов периферической крови (более 10%) отмечались примерно в 3 раза чаще у детей с сочетанием БА и АР по сравнению с пациентами только с АР и только с БА ($p1-2=0,021$, $c^2=5,327$; $p=0,014$, $c^2=5,973$).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о большем объеме и выраженности воспалительного процесса в респираторном тракте у детей с сочетанием БА и АР по сравнению с пациентами только с АР или только с БА. В то же время для детей с АР были характерны более низкие показатели эозинофилов бронхиального секрета ($p1-2=0,032$; $p1-3=0,006$), а для пациентов с БА - назального отделяемого ($p2-3=0,002$; $p1-3=0,005$).

Вывод. Таким образом, можно утверждать, что анамнестическими предикторами тяжелого течения бронхиальной астмы служит комбинация ряда показателей.

Полученное уравнение можно использовать для прогнозирования тяжелого течения бронхиальной астмы на основании доступного в практическом здравоохранении анализа комплекса анамнестических данных.

НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ибрагимов М., студент 2-курса фармакологического факультета
Научный руководитель: Ибраимова С.Р. - Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Спектр врачебного вмешательства при репродуктивной патологии в подростковом возрасте весьма широк: от простой разъяснительной беседы до обследования по поводу сложного эндокринного заболевания. Репродуктивная патология так или иначе связана с менструациями и проявляется их отсутствием, нерегулярностью или болезненностью.

Сопутствующие медицинские или социальные проблемы, например расстройства пищевого поведения, существенно влияют на постановку диагноза и лечение основного заболевания.

В этой главе речь идет о нарушениях работы репродуктивной системы у подростков. Многие заболевания, о которых говорится здесь, освещены более подробно в других главах, посвященных именно этим заболеваниям.

Цель исследования. Изучить современные методы лечения нарушения менструальной функции у девочек - подростков.

Материалы и методы исследования. Для решения этой цели было обследовано 256 пациентов с диагнозом нарушения менструальной функции у девочек - подростков.

Результаты исследования. Впервые показано, что вероятность развития нарушений менструального цикла у девочек-подростков групп риска, сформированных с использованием разработанной компьютерной программы, повышается при выявлении таких лабораторных признаков, как сочетание анемии с гиперэритроцитозом, снижение уровня Т- и В-лимфоцитов, значительное увеличение количества недифференцированных лимфоцитов, уменьшение концентрации иммуноглобулинов крови.

Впервые установлено, что положительные клинические эффекты комплексного лечения нарушений менструального цикла у девочек-подростков, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов, сопровождаются повышением неспецифической резистентности организма. Это подтверждается достоверным ростом частоты выявления антистрессовых реакций (спокойной и повышенной активации, тренировки высокого уровня реактивности - 32,2%; 26,3%; 14,7% против 1,7%; 4,2%; 3,3% до лечения, $p < 0,001$), значительным снижением уровня стрессовых реакций переактивации (с 27,1% до 10,1% ($p < 0,05$)).

Разработанная компьютерная программа дает возможность после расчета вероятности развития гинекологической патологии у девочек-подростков прогнозировать развитие состояний полисистемной дезадаптации, определяет необходимость проведения интегральной оценки ряда основных показателей систем универсального регулирования (иммунной, антиоксидантной) и типов адаптационных реакций.

Выводы. У девочек-подростков с нарушениями менструального цикла, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов, отмечается дисбаланс между процессами свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты. Это характеризуется активацией липопероксидации с накоплением первичных и вторичных продуктов интенсификации перекисного окисления липидов (диеновых конъюгатов и малонового диальдегида) на фоне снижения активности различных механизмов антиоксидантной защиты (снижением уровня супероксиддисмутазы и восстановленного глутатиона, повышением окисленного глутатиона).

КУПИРОВАНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II –ТИПА

Ибрагимов М., студент 2-курса фармакологического факультета
Научный руководитель: Ибраимова С.Р. - Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет - это синдром хронической гипергликемии и глюкозурии, обусловленный абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, сочетающийся со специфическими микро- и макрососудистыми осложнениями, нейропатией и другими патологическими изменениями в различных органах и тканях.

Цель исследования: оценка эффективности сосудистых осложнений у беременных сахарным диабетом II типа.

Материалы и методы исследования. Курантил был назначен 15 больным с сахарным диабетом II типа во II и III триместрах беременности. Были проведены клинические методы, определено количество тромбоцитов, время свертывания крови. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с оценкой достоверности по критерию t Стьюдента. Связи между параметрами выявляли на основе линейного корреляционного анализа.

Курантил - препарат, улучшающий микроциркуляцию, вызывает снижение сопротивления мелких резистивных сосудов, повышает доставку кислорода к миокарду и тканям, увеличивая объемную скорость

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

кровотока. Оказывает тормозящее влияние на агрегацию тромбоцитов, препарат увеличивает содержание аденозина (нарушая его обратный захват), а также способствует повышению концентрации ц-АМФ, вследствие ингибирования фермента фосфодиэстеразы. Курантил применялся во II и III триместрах беременности, т.е. в сроках, когда наблюдаются наибольшее прогрессирование микроангиопатий и присоединение гестационной гипертензии.

Эффект лечения оценивали при сравнении клинических и лабораторных показателей, а также показателей свертывающей системы крови. Количество тромбоцитов и время свертывания определяли общепринятыми методами.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил 24.4 ± 2.2 года, продолжительность заболевания диабетом 10.7 ± 4.4 года. Средний срок беременности при начале лечения 28 ± 5.5 нед., у всех беременных имелись сосудистые осложнения СД. У 6 (40%) женщин отмечено сочетание ангиопатии сетчатки и энцефалопатии, у 5 (33.3%) беременных была ретинопатия II – III степени в сочетании с энцефалопатией, у 26 из них – макроангиопатия нижних конечностей.

У 4 (26.7%) беременных ведущим симптомом сосудистых осложнений являлась диабетическая нефропатия II- степени длительностью от 4 до 9 лет. У 8 беременных диабет II типа был компенсированным, у 7 – субкомпенсированный.

У 7 беременных наблюдалась гестационная гипертензия, все они получали общепринятую терапию, начатую до применения курантила. Курс лечения курантилом составил 12 дней, препарат вводили внутрь по 75 мг. 3-4 раза в сутки за 1 час до еды или в/м и медленно в/в, скорость инфузии не должна превышать 200мкг/м. Суточная доза 150-200 мг.

Вывод. Применение курантила в комплексном лечении сосудистых осложнений у беременных с СД II - типа во втором и третьем триместрах беременности эффективно и патогенетически обосновано. Выявлено улучшение клинико-лабораторных показателей и благоприятный исход родов для матери и плода.

ВИРУСНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Ибрагимов Ф.А. - Студент 621 группы лечебного факультета

Научный руководитель: к.м.н. Садикова Д.И.

АГМИ

Неосложненные инфекции мочевыводящих путей одни из самых частых заболеваний женщин репродуктивного возраста

Цель исследования: выявить усугубляющие инфекционные факторы лейкоплакии мочевого пузыря.

Материал и методы исследования: 45 женщин с различными стадиями лейкоплакии мочевого пузыря, проходивших лечение в урологическом отделении клиники АГМИ с 2016 по 2020 год. Было проведено микробиологическое исследование, включающее в себя посев мочи на флору с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам и полимеразная цепная реакция (ПЦР) для определения вируса простого герпеса и вируса папилломы человека, которые могут быть этиологическими факторами развития лейкоплакии.

Результаты исследования: При исследовании мочи на микрофлору в 28 (24%) случаях у пациенток высевались уропатогены из группы кишечных бактерий в незначительной концентрации. У 6 (5,3%) больных выявлено сочетание уропатогенной флоры. В связи с этим, пациенткам потребовалось проведение этиотропной антибактериальной терапии.

При обследовании выявлен вирус простого герпеса типа у 8 (17,7%) пациенток и вирус папилломы человека у 4 (9%) больных. У 3 (6,6%) пациенток от всех больных вирусная инфекция (вирус простого герпеса 2 типа HSV-II) была выявлена впервые, а у 9 (20%) женщин диагностирована ранее, что подтверждает участие вирусной инфекции в этиологии и патогенезе данного заболевания и требует проведения соответствующего лечения. Данным больным проводилась противовирусная терапия. При выявлении других патогенов (*Ureaplasma urealyticum*, *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Gardnerella vaginalis*) проводилась этиотропная антибактериальная терапия. При оценке эффективности лечения основным критерием являлся отрицательный ПЦР (полимеразная цепная реакция) тест, который проводился через 20 дней после окончания приема препаратов.

Вывод: Среди инфекционных агентов, определяемых методом ПЦР, особое внимание было обращено на наличие вирусной инфекции, как одно из наиболее значимых звеньев этиологии и патогенеза лейкоплакии мочевого пузыря, что подтверждает участие вирусной инфекции в этиологии и патогенезе данного заболевания и требует проведения соответствующего лечения - включение противовирусных препаратов.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ АКТИВНОСТЬ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ, ПОЛУЧЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ГИДРОЛАЗ

Ибрагимов Ф.А., студент 621 – группы лечебного факультета

Научный руководитель: Курбанова Д.И.

*Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Профилактика и лечение тромбозов и эмболий - важная медицинская проблема, связанная со значительной заболеваемостью и смертностью, в частности, у послеоперационных пациентов. Даже такая короткая процедура, как аргроскопия может привести к тромбозам. От результатов профилактики и лечения тромбозов зависит успешность борьбы с инфарктами миокарда, инсультами, ДВС - синдромом и т.д.

Цель исследования. Выбор наиболее активного НМГ из ряда гидролизированных нефракционированных гепаринов разного происхождения.

Материалы и методы исследования. Исследовали влияние на свертывающую систему крови 61 образца гепаринов с ММ 1,6 - 9,0 кДа. Пациенты распределены в 2 группы случайным образом. Возраст пациентов в 1-й группе – 54–77 лет ($64,8 \pm 9,9$ года), во второй – 42–86 лет ($64,3 \pm 14,2$ года).

Результаты исследования. Впервые показана способность ферментов папаин, целловиридин, химотрипсин, протеаза С, лизоцим гидролизовать НФГ из легких крупного рогатого скота и из слизистой оболочки кишечника свиней; при гидролизе НФГ ферментами, никогда в этих целях не использовавшимися, молекулярная масса снижалась и возрастало отношение активностей $aXa / alla$ до 1,5 — 2,52.

Показано, что специфическая антикоагулянтная активность образцов НМГ, полученных деполимеризацией НФГ из легких крупного рогатого скота, не отличается от специфической антикоагулянтной активности образцов НМГ, полученных деполимеризацией НФГ из слизистой оболочки кишечника свиней.

Разработан эффективный, быстрый и качественный способ фиксирования комплексов между гепаринами и поликатионами (сульфат протамина, хитозаны ММ 4-21 кДа и степенью дезацетилирования 61 - 93 %), позволяющий вычлнять из ряда анализируемых гепаринов образцы с наибольшей антиромбиновой активностью.

Показана способность сульфата протамина нейтрализовать ингибирование образцами НМГ амидолитической активности тромбина до 90-100% и фактора Ха до 100% (в зависимости от ММ гепарина); показана способность сульфата протамина нейтрализовать удлинение образцами НМГ времени появления фибринового сгустка в тесте АЧТВ на 80 %.

Показано, что фармакодинамические параметры НМГ с ММ 5,4 кДа (гидролиз НФГ протеазой С), НМГ с ММ 4,7 кДа (гидролиз ферментным комплексом *Streptomyces kurssanovii*) при внутривенном (0,3; 0,5; 0,8 и 3 мг/кг), подкожном (43 - 143 ЕД/кг и 286 -4980 аХа ЕД/кг) введениях сопоставимы с фармакодинамическими параметрами фраксипарина; соотношение $aXa/alla$ активностей плазмы кроликов при подкожном и внутривенном введениях образцов НМГ с ММ 5,4 кДа (гидролиз НФГ протеазой С) и НМГ с ММ 4,7 кДа выше отношения специфических активностей *in vitro*.

НМГ 5,4 и 4,7 в одинаковой степени и также эффективно, как фраксипарин, препятствуют развитию экспериментального тромбоза у крыс; геморрагическая активность НМГ 5,4 и 4,7 сравнима с таковой для фраксипарина; НМГ-4,7 и НМГ-5,4 при подкожном введении кроликам снижают активность протеина С плазмы кроликов; НМГ-4,7 и НМГ-5,4 при подкожном введении кроликам достоверно увеличивают активность плазминогена.

Вывод. Результаты исследования позволяют предполагать, что производство НМГ путем гидролиза НФГ ферментативными комплексами: *Streptomyces kurssanovii*, лизоцим, протеаза С, папаин, триходерма, химотрипсин является перспективным с точки зрения получения эффективного антикоагулянтного препарата. Показано, что при подкожном введении некоторых полученных образцов НМГ кроликам в период полувыведения сопоставим с периодом полувыведения фраксипарина при одинаковых дозах. Показана перспективность использования в качестве антидота сульфата протамина и хитозанов для нейтрализации АК активности полученных НМГ. Разработан способ определения комплексов между гепаринами и поликатионами.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ибрагимов Ф.А., студент 621-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Курбанова Д.И.

*Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на множество различных медикаментозных методов терапии хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, количество неудовлетворительных результатов лечения остается высоким. Перспективными являются нефармакологические лечебные подходы

Назначение больным фармакологической и немедикаментозной иммунокоррекции стимулирует антиинфекционную защиту. Актуальным остается вопрос разработки алгоритма комплексного использования различных методов лечения пациентов, у которых хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, в условиях дневного стационара.

Таким образом, различные вопросы организации современных структур амбулаторной хирургии, особенностей проведения оперативных вмешательств в этих условиях, ведения больных в послеоперационном периоде и социальная значимость реформирования амбулаторной службы в целом являются актуальными для научной медицины и практического здравоохранения.

Цель исследования. Изучить эффективность фармакотерапии хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. Пациенты распределены на 2 группы случайным образом, каждому пациенту проведен 10-дневный курс в/в инфузий. 1-ю группу составили 40 пациентов, которым назначен Актотегин 4 мг/мл, 250 мл в качестве монотерапии. Во 2-ю группу включены 40 пациентов, которым проводились инфузии декстранов и пентоксифиллина в дозе 100 мг. Возраст пациентов в 1-й группе – 54–77 лет ($64,8 \pm 9,9$ года), во второй – 42–86 лет ($64,3 \pm 14,2$ года).

Результаты исследования. У всех пациентов причиной ишемии был облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. У большинства пациентов отмечалось 2–3 сопутствующих заболевания, преобладали ишемическая болезнь сердца (I–II функциональный класс) и артериальная гипертензия (I–II стадии). Табакокурение в стационаре строго запрещено, до госпитализации курение подтвердили 4 (10%) пациента в 1-й группе и 7 (17,5%) пациентов во 2-й группе. Статистически значимых различий по возрасту и дистанции безболевого ходьбы до лечения выявлено не было. Все пациенты дополнительно получали перорально антиагрегантную, гиполипидемическую терапию. При наличии показаний пациентам выполнялось оперативное лечение строго после курса инфузий и контрольного исследования. В обеих группах оценивался прирост дистанции безболевого ходьбы. Методика измерения – тредмил-тест без уклона со скоростью 3 км/ч.

Переносимость инфузионной терапии в обеих группах была удовлетворительной, побочных эффектов не зарегистрировано. Прирост дистанции безболевого ходьбы составил 58,8% в 1-й группе и 60,7% во 2-й группе, различие статистически недостоверно ($p=0,68$).

После курса инфузионной терапии у пациентов 2-й группы достоверная динамика получена только для времени достижения максимального уровня перфузии при тепловом воздействии; увеличение амплитуды респираторно обусловленных колебаний кровотока при базальной перфузии не имеет самостоятельного значения.

У пациентов 1-й группы при базальной перфузии отмечается достоверное увеличение амплитуды миогенных колебаний кровотока, что указывает на степень раскрытия прекапиллярных артериол и капиллярных сфинктеров, снижение с тенденцией к достоверности параметра шунтирования и увеличение амплитуды респираторно обусловленных колебаний кровотока. В ответ на тепловой стимул отмечаются увеличение с тенденцией к достоверности амплитуды эндотелиальных колебаний кровотока и достоверное увеличение уровня тепловой вазодилатации.

Оценивая динамику показателей функционального состояния регуляторных механизмов микроциркуляции, можно с достаточной долей уверенности говорить о механизмах действия различных лекарственных препаратов у пациентов с хронически облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Положительная динамика в группе инфузий Актотегина достигнута за счет эндотелиопротективного эффекта и поступления крови преимущественно в капиллярное русло.

Вывод. Несмотря на множество методов медикаментозной, немедикаментозной терапии и иммунокоррекции, необходимо сказать, что необходим поиск сочетанных методов лечения данной категории пациентов, как в дооперационном периоде для подготовки восприимчивого русла к возрастающему притоку крови после реконструктивной операции, так и для возможности отсрочить оперативное лечение. Актуальным остается вопрос разработки алгоритма комплексного лечения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в условиях дневного стационара для развития стационарзамещающих технологий лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей.

ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Ибрагимов Ф.А. -Студент 621 группы лечебного факультета АГМИ

Научный руководитель: к.м.н. Садикова Д.И.

По данным некоторых авторов в результате функциональных изменений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка, нарушается процесс овуляции. Нарушение овуляции является следствием относительной или абсолютной гиперэстрогении и дефицита прогестерона, приводящие к развитию гиперпластических процессов в органах мишенях, к которым относится и мочевой пузырь

Цель исследования: выявить этиопатогенетические изменения в развитии лейкоплакии мочевого пузыря при приеме оральных контрацептивов

Материал и методы исследования: при сборе анамнеза у 45 женщин с лейкоплакией мочевого пузыря, проходивших лечение в отделение урологии клиники АГМИ с 2016 по 2020 год, учитывали применение комбинированных оральных контрацептивов, как для контрацепции, так и для лечения гормональных нарушений. Пациентки были разделены на три группы в зависимости от данных биопсии.

Результаты исследования: Продолжительность применения комбинированных оральных контрацептивов в обследуемых группах достоверно различалась и в среднем составила от 5 до 24 месяцев.

При исследовании уровня гормонов в плазме крови у 5 (25%) пациенток I группы, у 2 (20%) больных II группы и у 7 (46%) женщин III группы выявлено достоверное снижение уровня секреции эстрогенов, однако при сравнении этих показателей у больных всех групп не выявлено статистически значимых различий. При анализе индивидуальных показателей уровня фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) и пролактин (ПРЛ), последние находились в пределах нормы.

По всей вероятности, снижение эстрогенов в крови связано с применением отдельными больными комбинированных оральных контрацептивов в целях контрацепции и с целью восстановления нарушенного менструального цикла. Комбинированные оральные контрацептивы применяли 20 (44%) женщин из общего числа обследованных пациенток.

Выводы: 1. При исследовании уровня гормонов в плазме крови у выявлено достоверное снижение секреции уровня эстрогенов, что связано с применением больными 79 (69,3%) комбинированных оральных контрацептивов в целях контрацепции и с целью восстановления нарушенного менструального цикла.

2. Длительный прием оральных контрацептивов приводит к нарушению гормонального фона в виде развития гипоестрогении, вследствие которой, возможен переход эпителия мочевого пузыря из переходного в многослойный плоский.

КЛИНИКО- АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЮОЛЬНЫХ С РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ

Ибрагимова Махлиё, Турабжоновна Дилафруз, Азимова Гулбахор

Научный руководитель: Д.З.Мамарасулова

Кафедра Онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

Наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы - 37,3%, причем, опухоли гениталий составляют 17,3% от всех злокачественных новообразований. По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), ежегодно в мире регистрируют около 500 тысяч новых случаев злокачественных новообразований шейки матки, почти 320 тысяч случаев рака эндометрия и 240 тысяч случаев рака яичников.

Наибольшее количество больных были в возрастном интервале 30-39 лет (55 женщины – 56,1%), 40-49 лет (22 пациенток, 22,4%) и 50-59 лет (15 больные, 15,3%). В репродуктивном периоде находились 72 больных (73,4%), 26 (26,5%) пациентки были в пери- и постменопаузе. Среди пациенток группы сравнения средний возраст составил $43,7 \pm 11,2$ лет. Моложе 30 лет оказались 5 пациенток (5,1%), старше 60 лет – 11 (11,2%). Преобладали пациентки в возрастном интервале 30-49 лет (67 женщины – 68,3%).

Индекс массы тела (ИМТ) определяли по отношению веса (массы тела человека в кг) к росту (в м 2). Определение ИМТ для характеристики степени ожирения было предложено в 1869 году Адольфом Кетеле. Расчёт производили по формуле: $I = m/h^2$, где m – масса тела в килограммах, h – рост в метрах. Согласно определению ВОЗ, при $ИМТ \geq 25$ определяется избыток массы тела, при $ИМТ \geq 30$ диагностируют ожирение.

Показатели ИМТ в различных группах исследованных пациенток значительно не различались, составляя в среднем $23,4 \pm 5,7$ кг/м².

Избыточной массой тела и ожирением страдали 54 пациенток (55,1%) всех исследованных групп. Ожирение I и II степеней – в 27 (27,5%), и 16 (16,3%) случаях, соответственно. Ожирение III степени отмечено у одной больной РЭМ.

ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО РЕФЛЮКСА У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Иброхимов Оятилло – студент 5 курса лечебного факультета

Научный руководитель: Худайбердиев Ж.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Оптимизировать лечение дуоденогастрального рефлюкса у больных, оперированных по поводу резекции желудка, гастроэнтеростомии, энтеростомии, ваготомии, холецистэктомии, колопроктологического анастомоза.

Материал и методы исследования. В исследование включили 43 «Д» больных, 14 мужчин и 29 женщин в возрасте от 36 до 67 лет (средний $44,2 \pm 8,7$ года), длительность послеоперационного периода колебалась от 3 до 17 лет (средняя $11,6 \pm 3,4$ года), у 34 (88,4%) зарегистрирована избыточная масса тела (индекс массы тела – ИМТ – превышал 25 кг/м^2 до 29 кг/м^2), придерживались лишь диетотерапии. Исследование проводилось в Клинике АГМИ, совместно с семейной поликлиникой г.Андижана.

Наиболее частыми жалобами больных были неприятные боли в области операции, отрыжка горьким вкусом, ощущение горечи во рту, запоры. Астенический синдром (нарушение сна, повышенная утомляемость, слабость) отмечен в 49,5% случаев, потеря аппетита 73,5%. При осмотре телеангиоэктазии, расчесы, пальмарная эритема не были выявлены ни в одном случае. Обложенность языка налетом обнаружено у 35 (90,6%), болезненность при пальпации живота в области операции и правого подреберья отмечалась у 31 (72%) больного. Для диагностики дуоденогастроэзофагеального рефлюкса использовали эндоскопию и многочасовой мониторинг pH пищевода. В качестве улучшения традиционного лечения мы добавили препараты урсодезоксиколовой кислоты для устранения желчного рефлюкса.

Результаты. Полный трёхмесячный курс терапии препаратами урсодезоксиколовой кислоты закончили все 43 пациента. В результате курсового приема урсодезоксиколовой кислоты у всех без исключения пациентов отмечено субъективное улучшение самочувствия. У 12 из 17 человек исчез астенический синдром, у 38 (88,4%) уменьшилось или сгладилось ощущение тяжести в области операции и правом подреберье, у 34 (79%) купировались диспепсические жалобы. В общем анализе крови динамики не наблюдали (исходно показатели были в пределах нормы). При анализе биохимических параметров крови выявлено снижение или нормализация активности сывороточных трансаминаз. По данным ультразвуковой холецистографии, сократительная функция желчного пузыря нормализовалась в 72,1% случаев, а у 12 пациентов гипомоторная дискинезия заметно уменьшилась по сравнению с начальными показателями. Допплерография портального кровотока не претерпела существенной динамики. Нормализация стула наблюдались у 24 из 31 больного страдавшего запорами, урсодезоксиколовой кислоты оправдал те надежды, которые возлагали на него участники (и врачи, и больные) представленного клинического исследования. При лечении урсодезоксиколовой кислотой у наблюдаемых больных полностью исчезли отрыжка горьким вкусом, неприятные ощущения в животе, рвота желчью. Наши исследования показали, что при желчном рефлюксе оптимальной дозой урсодезоксиколовой кислоты следует считать 500 мг в день (по 250 мг в 2 приема) после еды. Курс лечения желчного рефлюкса у оперированных должен составлять не менее трёх месяцев.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что переносимость препаратов урсодезоксиколовой кислоты хорошая, аллергических реакций на прием зарегистрировано не было. По нашему мнению, базисная терапия заболеваний, сопровождающихся желчным рефлюксом, у оперированных по поводу заболевания желудочно-кишечного тракта должна включать препарат патогенетической направленности – производные урсодезоксиколовой кислоты.

СПОСОБ ИССЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ С ДУОДЕНОПЛАСТИКОЙ

Изатуллаев И.Р., Батиров А.К.

Андижанский медицинский институт

В последние 25 лет при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией на базе кафедры хирургии и урологии в 3 хирургическом отделении нами широко применяется способ иссечения прободной дуоденальной язвы с дуоденопластикой (патент №2262 ПВРУз).

После выполнения верхнесрединной лапаротомии проводят интраоперационное исследование хирургической макроморфологии прободной дуоденальной язвы. Тщательный туалет и санация брюшной полости. Снимают спаечную "мантию", закрывающую контуры гастродуоденального перехода, уточняют уровень и величину перфоративной язвы передней стенки луковицы ДПК. В пределах здоровых тканей края язвенного инфильтрата берутся на держалки с боковых краёв.

Дистальнее и проксимальнее язвенного инфильтрата производят два полуокруглых окаймляющих разреза в поперечном направлении острым скальпелем надсекая лишь серозную оболочку. В дальнейшем используя электронож, сначала рассекается дистальный край язвы. Через дефект язва дополнительно

приподнимается проведенным диссектором и после пальцевой проверки интактности сфинктера привратника, проксимальным разрезом электроножом иссекается прободная язва в пределах здоровых тканей. Этим самым в меньшей мере травмируются циркулярные мышцы ДПК, сохраняется целостность сфинктера привратника и боковых стенок луковицы ДПК.

Проводится дополнительная ревизия задней стенки, проксимальной и дистальной части ДПК.

При диагностировании язвы задней стенки ДПК, через дуоденальный дефект электроножом иссекаются края язвы задней стенки до дна его кратера (часто пенетрирующую в головку желудочной железы), отступя 5 мм. Такой прием позволяет избежать травмы поджелудочной железы. Дефект на задней стенке луковицы ушивается слизисто-подслизисто-мышечными узловыми швами, используя шелковые нити, сопоставляют и адаптируют края задней стенки кишки. Тем самым дно кратера язвы остаётся за пределами кишечной трубки, т.е. производится экстрадуоденизация без использования пряди сальника.

В случаях выявления функционального стеноза до операции, выражающегося во время операции в виде спазма пилорического жома, за счет перифокального воспаления, производят пилородилатацию, при этом доводят диаметр пилорического жома до 22-24 мм. После пилородилатации пилорический жом остается в расширенном состоянии, что связано с атонией его мышц.

Во всех случаях оставляют назоэзофагогастроуденальный зонд для декомпрессии области дуоденопластики в течение 5-6 суток.

Дуоденопластика. Дефект на передней стенке ДПК в начальном периоде нашей работы ушивался внутриузловыми отдельными кетгутовыми швами в поперечном направлении, поверх которого накладывали "П"-образные капроновые швы.

В последние годы дуоденопластика завершается отдельными серозно-мышечно-подслизистыми шелковыми швами в поперечном направлении узелками снаружи. При этом, вкол иглы проводится отступя 6-7 мм от верхнего края разреза кишки, а выкол - отступя 4-5 мм от нижнего края разреза. Расстояние между узлами должно быть 6-8 мм. Контроль герметичности и проходимости дуоденопластики проводится путём введения и последующей аспирации 400 мл раствора фурациллина через назогастроуденальный зонд.

К ВОПРОСУ О СЕМАНТИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

*Икрамова Х.М. – старший преподаватель кафедры
узбекского языка и литературы
Андижанский государственный медицинский институт*

Структурными элементами языка клинической медицины служат термины, которые закрепляют за каким – либо изученным фрагментом клинической реальности относительную автономию от сходных явлений и дают ему название. Термин как носитель определенного объема знаний – важнейший инструмент как теоретического мышления, так и практической врачебной работы. Если суть и объем термина ясно очерчены, то он становится средством как выявления сходных феноменов в массе клинического материала, так и уточнения и углубления понимания самого определяемого явления.

Однако терминотворчество, принявшее в настоящее время бесконтрольный характер, а также неоднозначность толкования старых, традиционных понятий, приводит к тому, что специалисты даже одной области нередко понимают друг друга. Все это несомненно наносит большой вред науке, так и практике. В большой степени сложившаяся ситуация, на наш взгляд, возникла из – за пренебрежительного отношения к наиболее общим клиническим терминам, которые являются родовыми понятиями для более частных.

К таким терминам относятся «субъективные и объективные симптомы», «симптомокомплексы», «синдром», «синдромотаксис», «синдромокинез», «болезнь», «прогрессиентность», «регрессиентность», «патологический процесс», «реакция», «патологическое развитие». Анализ современной медицинской литературы убеждает в том, что авторы часто путают понятия субъективного и объективного симптомов ; симптомокомплекс как единство этих симптомов смешивается с понятием синдрома. Синдромы иногда отождествляют с самой болезнью. Синдромотаксис как закономерность чередования синдромов в динамике патологического процесса подменяют понятием синдромокинеза. Нет ясности и в самом понятии болезни.

Пестрота и разночтения в толковании и применении этих фундаментальных терминов вновь возвращают нас к мысли, давно уже не новой, о том, что изучение общенозологических проблем, закономерностей возникновения, развития, исходов, терапии и профилактики различных заболеваний является очень важным для каждой частной клинической дисциплины.

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ ТЕРМИНАМ И ТЕРМИНОСИСТЕМАМ

*Икрамова Х.М.- старший преподаватель кафедры узбекского языка и литературы
Андижанский государственный медицинский институт*

Термин как словесный знак представляет собой двустороннее единство означающего (или звукового) и означаемого (или значения) комплексов. Требования, предъявляемые к оптимальному термину, относятся к обоим аспектам знака. Качество звукового комплекса оценивается путем соотнесения его со значением. Необходимость в таком соотнесении у терминолога возникает в связи с рядом встающих перед ним задач.

В число лингвистических требований входят:

1. **Требование точности.** Мотивированный звуковой комплекс должен прямо и наглядно отображать отличительный (признак) и понятия или, во всяком случае, не ориентировать неверно в отношении сущности понятия. Решение вопроса о предпочтительности того или иного метода мотивации (прямого, косвенного, безотносительного) – исходная позиция при оценке качества звукового комплекса термина. Наиболее точным и наглядно-информативным является метод прямой мотивации, посредством которого создаются квалификативные термины.
2. **Требование однозначности (моносемии).** Звуковой комплекс должен быть закреплён только за одним значением: многозначность в пределах субтерминосистемы недопустима. Звуковой комплекс бывает многозначным полностью или частично. Вероятно, следует различать многозначность «предметную» и функционально-смысловую, связанную со спецификой работы специалистов (например, термин «анестезия» в неврологии и в хирургии).
3. **Требование однооформленности.** Значение должно выражаться только одним звуковым комплексом: синонимию необходимо последовательно ограничивать. Термин «синоним» применяют на практике к весьма разным языковым явлениям: разноязычным дублетам, сходно-мотивированным словам и словам, мотивировки которых различны. По отношению к каждому из этих явлений необходимо применять дифференцированные критерии ограничения и выбора доминантного синонима.

Необходимо руководствоваться также следующими дополнительными требованиями: 1) носителями одних и тех же признаков понятий в разных терминах должны быть одни и те же слова или терминологические элементы. 2) однотипные понятия должны обозначаться терминами, звуковые комплексы которых построены по одной и той же структурно-семантической модели.

4. **Медицинская терминология** – это отраслевая макротерминосистема, состоящая из множества частных субтерминосистем. Лингвистические параметры некоторых из них имеют весьма существенные различия, связанные с языковым происхождением, структурно – семантическими моделями, фондом терминологических элементов и т. п. В разных субтерминосистемах пополнение происходит или преимущественно из исконно- язычного, или что значительно реже, термины оказываются разноязычными заимствованиями. Разнообразны структурные типы терминов (производные всех видов, словосочетания, аддитивные конструкции, аббревиатуры и т. д.). Лингвистическая специфичность той или иной субтерминосистемы должна всегда учитываться при введении в нее новых терминов. Исключительно велика роль специализации морфем классических языков. Употребление регулярных греко – латинских терминологических элементов – устойчивая база мотивированности терминов. Это обеспечивает высокую степень языковой системности, что в свою очередь повышает мнемоничность терминов.
5. Лингвистические требования, в первую очередь и в основном, следует предъявлять к терминам, вводимым впервые. Что же касается работы по лингвистическому упорядочению медицинских субтерминосистем с позиций вышеприведенных требований, то ее необходимо проводить осторожно, не впадая в крайности. По ряду причин невозможно добиться такого упорядочения, чтобы каждый отдельный термин и субтерминосистема в целом удовлетворяла всем требованиям, предъявляемым к лингвистическим параметрам. Нельзя не осознавать, что звуковой комплекс и мотивировка более консервативны, чем значение. Они не должны, за крайне редкими исключениями меняться в связи с расширением, углублением и даже изменением значения.
6. Конвенциональные требования (краткость, благозвучность, соответствие нормам литературного языка, унификация орфографии, акцентологии осуществляемой и т.д.) должны поддерживаться практикой нормализации, составителями энциклопедий, медицинских словарей и редакторами медицинских издательств.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЛОГИИ

Иминжанова Г.Р., Мамарасулова С.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Андижанский государственный медицинский институт

На современном этапе развития стоматологии дентальная имплантация занимает лидирующее место в устранении дефектов зубных рядов.

Совершенствование имплантатов и методик их постановки осуществляется в различных направлениях с целью повышения их качества и устранения недостатков, выявляемых в ходе клинической эксплуатации.

Кроме того, в настоящее время наблюдается определенный прогресс во внедрении сложных и продуктивных методик для оптимизации положения имплантатов и достижения не только адекватного функционального, но и косметического результатов. Долговременный успех имплантации зависит как от медицинских (правильный отбор пациентов, обеспечение стабильной первичной фиксации имплантата), так и от конструктивных факторов (оптимальный материал, технология производства, химическая активность поверхности имплантата, его макроструктура).

Применение дентальной имплантации после 16 лет наблюдения по данным литературы составляет 82,9%. Несмотря на успехи, достигнутые в остеоинтеграции имплантатов, значительно возросло количество случаев воспалительной реакции вокруг имплантата.

Несмотря на высокие результаты дентальной имплантации, в настоящее время существует ряд нерешенных вопросов, связанных с их отторжением. В связи с этим прогнозирование результатов дентальной имплантации на современном этапе является весьма актуальным. При этом существует ряд условий, которые зависят не только от качества имплантатов и техники их постановки, но непосредственно и от состояния организма пациента, в том числе от наличия у него соматических заболеваний. Однако в дентальной имплантологии существует множество проблем. В научной литературе, описаны периимплантатные заболевания, которые развиваются в раннем послеоперационном периоде в результате нарушения заживления послеоперационной раны или после остеоинтеграции имплантата.

На фоне шикорого внедрения дентальной имплантации в стоматологическую практику, расширение показаний к имплантации и, несмотря на лавинообразный рост количества устанавливаемых стоматологами имплантатов, не уменьшается, а по данным ряда авторов, увеличивается количество осложнений. Несмотря на то, что имплантация в последние годы отличается высоким уровнем успеха в раннем послеоперационном периоде, в научной литературе появляется все больше сведений о риске отдаленных осложнений. Воспаление тканей, окружающих остеоинтегрированный имплантат, является одной из основных проблем имплантологии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕНТАЛЬНОГО ПЕРИИМПЛАНТИТА

Иминжанова Г.Р., Мамарасулова С.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время имеющиеся научно-методические и клинические подходы к лечению дентального периимплантита предусматривают воздействия на ведущие этиопатогенетические звенья дентального периимплантита и базируются в основном на проведении периодических курсов рациональных гигиенических мероприятий и использовании местной антибактериальной терапии хлоргексидин - содержащими средствами, реже антибиотиками. В последнее время особое внимание стало уделяться вопросам коррекции иммунологических расстройств, сопровождающих воспалительные процессы в периимплантационной зоне.

Все стоматологические вмешательства вызывают бактериемию, и установка зубных имплантатов не является исключением. Установка имплантатов сопровождается введением инородного тела в кость через ротовую полость, содержащую огромное количество бактерий, что в значительной степени усложняет проведение антибактериальной терапии (Bolukbasi, 2012).

Результаты клинических исследований и систематических обзоров не дают окончательного ответа на вопрос о необходимости назначения антибактериальных препаратов [Ahmad, 2012; Esposito, 2010]. Предпринимаются попытки использования и других методов лечения и профилактики осложнений дентальной имплантации.

В стандартный комплекс лечения входит проведение профессиональной гигиены полости рта пьезоэлектрическим аппаратом PIEZON 700 с пластиковым покрытием, удаление мягкого зубного налета неабразивными пастами, а также рекомендации по гигиене полости рта.

Предложен комплекс лечения периимплантита, в который входят применение аквакинетической технологии PerioFlow и низкоинтенсивного лазерного света. В связи с развитием воздушноабразивной

технологии в стоматологии был разработан безопасный абразив, которым можно работать под десной и полностью разрушить биопленку. Это порошок Air-FlowPerio®. В его состав входит глицин размерами частиц до 25 мкм. Применение аквакинетической технологии PerioFlow (воздушно-абразивная над- и поддесневая обработка порошком глицина диаметром частиц 25 мкм) позволяет удалить 99,9 % биопленки, не повреждая поверхности имплантата.

Использование низкоинтенсивных лазеров приводит к быстрому стиханию воспалительных явлений, стимулирует репаративные (восстановительные) процессы, улучшает микроциркуляцию тканей.

ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЛОГИИ

Иминжанова Г.Р., Мамарасулова С.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Андижанский государственный медицинский институт

На фоне широкого внедрения дентальной имплантации в стоматологическую практику, расширение показаний к имплантации и, несмотря на лавинообразный рост количества устанавливаемых стоматологами имплантатов, не уменьшается, а по данным ряда авторов, увеличивается количество осложнений.

Несмотря на то, что имплантация в последние годы отличается высоким уровнем успеха в раннем послеоперационном периоде, в научной литературе появляется все больше сведений о риске отдаленных осложнений. Воспаление тканей, окружающих остеоинтегрированный имплантат, является одной из основных проблем имплантологии.

Так, по данным F. VanVelzenetal. (2014) частота успешных имплантаций составила 91,6 % случаев, однако в дальнейшем 10-летнее наблюдение показало, что у 7 % пациентов развивается периимплантит. Н. А. Хачикян и др. (2015) сообщают, что частота осложнений колеблется от 10 до 15 %.

Причинами, по мнению различных авторов, являются несколько факторов, влияющих на развитие периимплантита. Одна из причин – потеря костной ткани, связанная с генетической предрасположенностью. Полученные L. Sunetal. (2016) данные о microRNA-137, играющей ключевую роль во многих биологических процессах, таких как морфогенез, инвазия, пролиферация, дифференцировка, метаболизм, апоптоз и клеточная миграция, подтверждают ключевое значение геномов клеток исходной ткани в системе с другими факторами, влияющими на исход имплантации.

По мнению зарубежных исследователей, периимплантный мукозит и периимплантит возникают в результате недооценки факторов риска, ошибок в планировании лечения и воздействия анаэробной флоры, обладающих высокой адгезивностью, инвазивностью и токсичностью.

В Эттингене в 1993 г на Европейском семинаре впервые были определены и описаны периимплантатные заболевания.

На 7-ом Европейском семинаре в 2011 г. было отмечено, наличие кровотечения при зондирования связано с изменением высоты альвеолярного гребня, которое является ключевым признаком периимплантита.

По словам Клинга А. и его соавторов: оценивая успех имплантации, уместно также выделить некоторые проблемы, связанные с этим лечением. Как технические, так и биологические осложнения часто игнорируются, сообщая о долгосрочных результатах после имплантации. По поводу этиологии периимплантных заболеваний высказывались разные мнения. Некоторые даже игнорируют это состояние как клиническую проблему.

“ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА АНЕМИИ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ”

Иминов Б.М.

*Научный руководитель: Ш.Н. Кадиров Кафедра общей хирургии
отделение хирургии Андижанского районного медицинского объединения
Андижанского медицинского института*

Актуальность. Одним из хирургических методов лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки является резекция желудка. Среди осложнений после резекции желудка важное место занимает хроническая анемия. Всасывание железа в основном происходит в 12-перстной кишке и в начальном отделе тонкого кишечника, в процессе всасывания железа должна быть ионизированной.

Цель: создание комплекса объективных критериев, необходимых для прогнозирования типа анемии и степени тяжести, которые могут возникнуть после резекции желудка и 12-перстной кишки.

Материалы и методы исследования: мы взяли 68 пациентов с заболеваниями желудка и 12-перстной кишки с сопутствующей хронической анемией, которые лечились период с 2015 по 2020 гг., у которых выполнялись резекции желудка с различными методами. Исследование проводилось с

использованием общего анализа крови, клинической картины анастомоза, состояние слизистой оболочки желудка в ФГДС, количество и функциональное состояние желез, эвакуация пищи с помощью рентгенографии, и включало тест на определения содержания железа в сыворотке крови.

В зависимости от проведенной операции пациентов разделили на две группы. 56 пациентов с резекцией желудка методом Б-1 с удалением $2/3$, 62 пациента с резекцией $3/4$ были разделены на три группы, так как 6 пациентов находились в состоянии гастроптоза за счет декомпенсированного стеноза. Разделение на группы у пациентов, получавших препарат железа с концентрацией железа до 60 % в течение 1 часа в 1-й группе было 31, 20 пациентов во 2-й группе имели концентрацию до 150 %, в 3-й группе 11 пациентов имели концентрацию выше 151 %. 4-я группа это 6 пациентов у которых была резекция желудка методом Б-П. У пациентов этой группы произведена длинная петля с гастроэнтерологическим анастомозным Брауновским мостиком через ободочную кишку, 2-3 часть желудка была удалена, культи 12-перстной кишки была оставлено включенной. В предоперационном периоде исследование проводилось с использованием вышеуказанных обследований. После нагрузки препаратом железа мы предпочитали графически проверять поглощенное железо, чтобы его было легко выводить (постабсорбционные кривые). При этом каждый случай можно рассматривать отдельно и сравнивать изменился ли он в ту или иную сторону. Это можно объяснить тем, что в указанное время концентрацию получаемого железа в сыворотке крови сравнивают, определяя в процентах ($1,3,6 +$ в часах) в предоперационном и послеоперационном периоде. Все 6 пациентов которым была проведена резекция желудка методом Б-П, были госпитализированы с послеоперационной анемией. Когда мы также проверяли их вышеуказанным способом, содержание железа в плазме крови натошак составляло 70-80 %, что в 2-3 раза меньше нормы. При обследовании после введения 2-х валентного ионизированного железа у 5 пациентов через 1 час он составило 78-86 % что почти без изменений, через 3 часа в среднем 79-87 %, через 6 часов 70-80 %. У одного пациента первоначальный показатель составлял 66 % и оставался без изменений после процедур с насыщением железа.

Результаты и их обсуждения. Из исследования стало известно, что после введения ионизированного 2-х валентного железа у 56 пациентов абсорбция после резекции желудка ухудшалась по сравнению с тем, что было до операции. У 48 пациентов функциональное состояние желез всасывающих железо желудка ухудшилось в 3-5 раз. У 5 пациентов в основной группе и у пациентов, которым была проведена резекция желудка методом Б-П, после введения препарата железа, ионизированного 2-х валентным железом, всасывание препарата полностью ухудшилось, уменьшив содержания железа в плазме в динамике в 5-6 раз. Оказалось, что к этому сроку показатель содержания железа в плазме крови снизился на 22-26 % от исходного. Независимо от модификации при резекции желудка методом Б-П, вне зависимости от воздействия соляной кислоты, пища попадает прямо в нижнюю часть тонкого кишечника, не проходя из 12-перстной кишки в тонкую. Это состояние приводит к уменьшению абсорбционной поверхности железа, от нарушения превращения 2-х валентного железа, до нарушения прохождения железа через основные абсорбционные пути, что служит причиной развития тяжелых форм анемии. Да, компенсаторные функции организма также работают, но для этого требуется некоторое время для полного усвоения железа.

Заключение: 1). У пациентов после проведения резекции желудка и 12 – перстной кишки всасывание железа нарушается. Нарушение всасывания железа встречается у пациентов 72-76 %, а после резекции повышается в 3-5 раз больше; 2). После резекции желудка и 12-перстной кишки у больных развивается гипохромическое состояние. Это приводит к развитию агастральной гипохромной анемии, несвоевременное лечение которой может служить причиной развития глубокой полиорганной недостаточности.

ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ ШКОЛЬНИКОВ

*Инакова З.Т. - студентка 5 курса педиатрического факультета
Научный руководитель: доцент Нуритдинова Г.Т.*

Цель работы. Исследование функционального состояния вегетативного гомеостаза здоровых школьников.

Материалы и методы. Практически здоровая популяция школьников – 52 (девочек - 32, мальчиков – 20) обследована согласно специальной программы изучения вегетативного тонуса, реактивности и обеспеченности.

Результаты и обсуждение. В целом у школьников с возрастом уменьшаются случаи патологических вариантов КОП, что видимо связано со стабилизацией и становлением реактивности сердечно-сосудистой системы. Изучение распространенности патологических вариантов КОП в зависимости от возраста обследованных показал, что у младших школьников преобладает гиперсимпатонический вариант КОП, указывающий на избыточность реакции сердечно-сосудистой системы, выражающийся увеличением параметров ЧСС, с АД и ДАД. Гиперактивность сохраняется у девочек в возрасте 11-14 лет (19,2) что связано с сохраняющейся высокой частоты исходной симпатикотонии в этом возрастном периоде. Эти данные свидетельствуют о лабильности и чувствительности сердечно-сосудистой системы детей младшего школьного возраста, а также школьников в возрасте 11-14 лет. Относительно высокая частота патологических

вариантов КОП с недостаточным включением симпатической системы на нагрузку (гиперкоагуляции симпоматические и астенические варианты) и смешанные КОП (симпатикоастенические и астенические варианты) у наших мальчиков, свидетельствует поражение сегментарных отделов ВПС и перелатентно протекающих форм вегето-сосудистой системы.

Вывод. Практически здоровые школьники региона имеют определенные особенности на вегетативном тонусе и реактивности сердечно-сосудистой системы. У детей с исходным положением обнаруживаются напряженные механизмы предсердного ритма. Клиноортостатическая перемена оценить обеспечение вегетативной деятельности АД в реальных условиях жизни (лежат) интенсивность и направленность в зависимости от возраста детей.

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЬШОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*Инакова З.Т. - студентка 5 курса педиатрического факультета
Научные руководители : Рабиева Б.Т., Инакова Б.Б., Арзибекова У.А.
Андижанский государственный медицинский институт.*

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 2019 году в перинатальном центре Андижанской области. Масса тела новорожденных варьировала от 4500 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 маточно-плацентарного кровообращения - МПК и плодово-плацентарного кровообращения - ППК), биофизический профиль плода с учетом анти и интранатальной кардиотокографии (КТГ), данные новорожденных (клинико-неврологическая оценка состояния, антропометрия).

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлено, что матери новорожденных с большой массой тела и контрольной группы статически не различались по количеству первой – ($29,8 \pm 4,99\%$ 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 родовое или раннее излитие околоплодных вод ($27,4\%$ против $15,0\%$ контрольного, $P < 0,025$), 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 кесарева 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 асфиксия новорожденных ($45,2\%$ против $30,0\%$, $P < 0,021$).

Таким образом, состояние здоровья и течение родов у рожениц с крупным плодом значительно отягощены 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.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ИХ ТЕЧЕНИЯ

Инакова З.Т. - студентка 5 курса педиатрического факультета

Научные руководители: Фозилжонов Ш.К., Садикова М.П.

Андижанский государственный медицинский институт

Врожденные пороки сердца (ВПС) встречаются у детей довольно часто. По данным ВОЗ, среди всех новорожденных детей с пороками сердца они составляют около 1% . Однако данные литературы о частоте отдельных врожденных аномалий сердца разноречивы.

Нами обследовано 112 больных с подозрениями на заболевание сердца в возрасте от 3- до 14 лет. Врожденные пороки сердца диагностировали на основании анамнеза, клинических, рентгенологических и эхокардиографических данных. Ультразвуковое исследование сердца проводили на эхокардиографе с использованием доплерного датчика 3,5-мГц, работающего в секторальном режиме и режиме импульсного доплера и секторального датчика 5 мГц по стандартным эхо- и доплер кардиографическим методикам. Цифровые данные обрабатывали на компьютере эхокардиографа.

Диагноз ВПС поставлен 28 больным. Наиболее часто диагностирован дефект межжелудочковой перегородки - у 10 детей (35,7%). Он может располагаться в мембранозной или мышечной части перегородки в виде овального, круглого или конусовидного отверстия. Частота встречаемости других пороков сердца (дефект межпредсердной перегородки, стеноз легочной артерии, аномалия Эбштейна, транспозиция магистральных сосудов - в порядке убывания) была значительно реже.

У детей с высоким ДМЖП часто имелись жалобы на затруднения при грудном вскармливании, одышку, кашель, непостоянный цианоз при крике, слабость, утомляемость; наблюдалась также прогрессирующая гипотрофия; частые легочные инфекции. Пальпаторно в третьем – четвертом межреберье слева от грудины определялось систолическое дрожание. При аускультации здесь же выслушивался продолжительный систолический шум, проводящийся над всей сердечной областью и на спину.

Полученные нами данные подтверждают, что из всех ВПС наиболее часто встречается дефект межжелудочковой перегородки, но частота в наших исследованиях оказалась еще более высокой. Клинически течение их характеризовалось наличием классических симптомов данного порока.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Инакова З.Т. - Инакова З.Т. - студентка 5 курса педиатрического факультета

Научные руководители: Хакимов Ш.К. , Рабиева Б.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Ряд авторов предполагают, что развитие истинных гипотензивных состояний происходит в детском возрасте, и они могут в дальнейшем трансформироваться к гипотонической болезни взрослых, быть фактором риска нарушений церебральной гемодинамики и ишемической болезни сердца (ИБС).

Целью данной работы явилось изучение частоты артериальной гипотензии среди сельских школьников в возрасте 11-15 лет.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились учащиеся общеобразовательных школ из районов Андижанской области, в которых в момент обследования обучались 15235 детей в возрасте 11- 15 лет. Обследовано 1505 детей обоего пола (729 мальчиков, 776 девочек), что составило 10%-ную выборку из популяции. Число наблюдений в возрастно-половых выборках детей колебалось от 137 до 203. Этапы исследования состоялись из первичного (скрининг) исследования и трех периодов проспективного наблюдения, через каждые шесть месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что 50 перцентильное распределение систолического артериального давления (САД) у мальчиков в возрасте 11-15 лет колеблется от 92 до 102 мм.рт.ст., а у девочек 96-100 мм.рт.ст. с 12- летнего возраста 50-я кривая распределения уровня САД у девочек на 2-4 мм.рт.ст. ниже, чем у мальчиков ($P<0,05$). Показатели 50- перцентильного распределения уровня диастолического артериального давления (ДАД) у детей в возрасте 11-15 лет составили соответственно у мальчиков от 56 до 64, а у девочек 54-62 мм.рт.ст. ($P>0,05$) Нижняя 5-я кривая распределения САД у мальчиков и у девочек в возрасте 11-15 лет колеблется соответственно от 72 до 80 и от 74 до 78 мм.рт.ст., что статистически достоверно отличается от 5-й кривой распределения уровня САД детей.

Как видно артериальная гипотензия (АГП) среди сельских школьников в возрасте 11-15 лет довольно распространенное состояние (соответственно у девочек – 14,3, мальчиков – 12,6). Частота АГП среди наших школьников существенно больше, чем данные РФ. и соответствует распространению АГП в популяции школьников Владикавказа.

Нами при сравнительном изучении как общего удельного веса, так и частоты диастолической (ДГП) и систоло-диастолической артериальной гипотензии (СДГП) среди мальчиков и девочек статистические

различия не обнаруживались ($P>0,05$). Лишь отмечено увеличение частоты систолической артериальной гипотензии (СГП) у девочек в возрасте 13-15 лет (5,89%, напротив 4,7% мальчиков, $P<0,017$), за счет чего увеличен общий удельный вес СГП в популяции девочек (5,54%, напротив 3,43%, $P<0,024$). У мальчиков как в возрасте 11-12 лет (4,0%), так и в возрасте 13-15 лет (4,6%) имеет место тенденция к увеличению частоты СДГП, по сравнению девочек аналогических возрастов (2,15% и 3,5%, $P<0,01$).

Таким образом, выборочные (рандомизированные) исследования у детей школьного возраста позволяют установить частоту и различные формы артериальной гипотензии. Для установления их устойчивости, а также генеза, видимо, требуется длительное проспективное исследование.

Выводы. Перцентильные пороговые уровни (50-, 5-) распределения САД и ДАД у сельских школьников низкие, что необходимо учитывать при диагностике артериальной гипотензии среди детей, планировании и проведении профилактических мер.

Частота артериальной гипотензии среди школьников в возрасте 11-15 лет довольно высокая, что требует углубленных научных исследований по изучению их внутренней структуры.

ПРОФИЛАКТИКА СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Инакова З.Т. – студентка 518-группы педиатрического факультета

Научный руководитель- Махмудова Б.Ш. - старший преподаватель

Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) распространённость судорожных состояний среди детей составляет 5 -10%. Недоношенные дети и в особенности, дети, родившиеся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, составляют группу наибольшего риска по развитию судорожных состояний у детей раннего возраста – одна из важных проблем современной неврологии, педиатрии и психиатрии.

Судорожные состояния являются основным источником эпилепсии у взрослых, поэтому предупреждение их возникновения у детей – ключ к профилактике заболевания эпилепсией. Особенно важным в этом аспекте является изучение судорожных состояний в раннем детском возрасте (до 3 лет).

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, из них 20 недоношенные дети, 8 - родившиеся с очень низкой массой и 12 с экстремально низкой массой тела, а также 40 детей раннего возраста с судорожными расстройствами. Из них мальчиков 40 (66,7%), девочек 20 (33,3%).

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.

Результаты. У обследованных 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.

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.

Выводы. Результаты показали, 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 СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

*Ирмухамедов Т.Б.- ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время исследования патофизиологических механизмов шизофрении сфокусированы в нескольких областях: поиск нейроанатомических и функциональных нарушений головного мозга, генов, повышающих вероятность заболевания, факторов риска окружающей среды, изучение синаптических и иммунных нарушений, нейропсихологических расстройств и механизмов действия препаратов, положительно влияющих на симптоматику заболевания. Последние несколько десятилетий актуальной для психиатров и неврологов остаются проблема когнитивного дефицита при параноидной шизофрении, ее видоизменения под влиянием гемодинамических нарушений головного мозга, до последнего времени остается недостаточно исследованным коморбидность как параноидная шизофрения и гемоцеребральные расстройства. (Bowler J.V., Nachinski V., 2018).

Цель исследования. Изучить особенности социального функционирования больных параноидной шизофренией с неврологическими нарушениями.

Материалы и методы исследования. Обследовано 75 больных параноидной шизофренией (F20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из них 36 (37,5 %) имели коморбидную неврологическую патологию. Основными методами исследования состояния больных являлись клинико-психопатологический, катamnестический, клинико-патопсихологический, методы. Данные о наличии соматических и неврологических заболеваний были получены на основании амбулаторного и/или стационарного обследования такими специалистами, как терапевт, невропатолог, с использованием дополнительных методов исследования.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что чаще всего (15 пациентов – 44,1 %) отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Риск возникновения ишемической болезни сердца среди больных параноидной шизофренией значительно выше у женщин старше 55 лет (77,6 %), с сопутствующими соматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, сахарный диабет), избыточным (44,4%) или недостаточным (33,3%) весом. У больных параноидной шизофренией, сочетанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечается схожесть показателей PANSS (среднее значение позитивных симптомов 52 балла). В клинической картине у них отмечается невыраженная бредовая симптоматика (3 балла), преобладает депрессивная (с тревогой при гипертонической болезни и апатией при ишемической болезни сердца) и галлюцинаторная (5 баллов) при значительном снижении критики (5 баллов) или неглубокий дефект (средние показатели шкалы негативных синдромов 46 баллов, анергии 46 баллов). Церебрально-органическая недостаточность встречается достоверно чаще у больных параноидной шизофренией с позитивной симптоматикой, чем с негативной: дисциркуляторная энцефалопатия различного генеза - 40% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 16,9% больных с негативной ($p<0,05$); родовая травма в анамнезе у 25% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 7,7% больных с негативной ($p<0,05$).

Выводы: Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить необходимость персонифицированного подхода к организации помощи больным с сочетанной психической и неврологической патологией и определить курс лечебно-реабилитационных рекомендаций.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Ирмухамедов Т.Б.- ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Последние несколько десятилетий актуальной для психиатров и неврологов остаются проблема когнитивного дефицита при параноидной шизофрении, ее видоизменения под влиянием гемодинамических нарушений головного мозга, до последнего времени остается недостаточно

исследованным коморбидность как параноидная шизофрения и гемоцеребральные расстройства (Bowler J.V., Nachinski V., 2018).

Цель исследования. Изучить особенности когнитивного дефицита у больных параноидной шизофренией с церебральной патологией

Материал и методы исследования. Обследовано 75 больных параноидной шизофренией (F20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из них 39 (48,6 %) имели коморбидную соматическую патологию. Сочетанная соматическая патология - вне обострения. Длительность соматического заболевания составляла не менее 3 лет. Методы исследования - клинико-психопатологический, клинико-патопсихологический, катamnестический. Данные о наличии соматических и неврологических заболеваний были получены на основании амбулаторного и/или стационарного обследования терапевтом, неврологом, с использованием дополнительных методов исследования.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что чаще всего (15 пациентов – 44,1 %) отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Заболевания органов пищеварения: хронические гепатит, холецистит, гастрит, колит были выявлены в 10 случаях (29,4%). В клинической картине у них отмечается невыраженная бредовая симптоматика (3 балла), преобладает депрессивная (с тревогой при гипертонической болезни и апатией при ишемической болезни сердца) и галлюцинаторная (5 баллов) при значительном снижении критики (5 баллов) или неглубокий дефект (средние показатели шкалы негативных синдромов 46 баллов, анергии 46 баллов). У всех пациентов отмечается сильное снижение критичности и осознания болезни (среднее значение по PANSS - 5 баллов) не только в отношении к психическому заболеванию, но и к сопутствующей соматической патологии. Риск возникновения ишемической болезни сердца среди больных параноидной шизофренией значительно выше у женщин старше 55 лет (77,6 %), с сопутствующими соматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, сахарный диабет), избыточным (44,4%) или недостаточным (33,3%) весом. У больных параноидной шизофренией, сочетанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечается сходство показателей PANSS (среднее значение позитивных симптомов 52 балла).

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить необходимость комплексного подхода лечебно-реабилитационных рекомендаций для больных параноидной шизофренией, имеющие коморбидность соматической и неврологической патологией для работы психиатрами и врачами общей практики.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

*Исаков.К.К., Бутабоев.М.Т., Утанов.З.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Изучение состояния здоровья и физического развития является важным разделом обучения и воспитания студентов института, это продиктовано необходимостью разработки соответствующих мероприятий по социальному планированию, дифференцированному медицинскому наблюдению и обслуживанию их в системе комплексных социально – гигиенических исследований основных групп населения Республики. Студенчество – это самостоятельная социальная группа, характеризующаяся специфическими условиями жизни, определенными производственными и моральными нормативами.

В настоящем сообщении представлены результаты анализа вопроса о состоянии здоровья, физического развития, физической подготовленности и изменениях некоторых физиологических функций 266 студентов 17 – 26 лет за 2020 – 2021 гг. обучения в институте. При этом все студенты были распределены на группу постоянно занимающихся спортом, и в специальную медицинскую группу. Комплексная оценка состояния здоровья студентов осуществлялась по методике, предложенной институтом гигиены детей и подростков, а условия жизни их изучались с помощью специально разработанной социологической анкеты. Физическое развитие изучалось по антропометрическим показателям (рост, масса, окружность и экскурсия грудной клетки). Параллельно изучались и некоторые физиологические показатели (ЖЕЛ, станова́я сила, динамометрия кистевая, АД, пульс, температура и влажность кожи по 10 точкам тела, характер кожно – сосудистых реакций на локальный стандартный холодовой раздражитель до и после физической нагрузки).

Сравнительными исследованиями установлено значительное преимущество показателей студентов, регулярно занимающихся спортом на протяжении всего времени обучения в вузе перед другими контингентами студентов. Так, среди студентов, регулярно занимающихся спортом, частота острых респираторных и других простудных заболеваний меньше, чем у той группы, которые занимаются только по программе, что является подтверждением закаляющего воздействия занятий спортом на организм студентов.

На основании исследований можно отметить, что в процессе двухгодичных академических занятий по физическому воспитанию у студентов основной медицинской группы отмечается повышение адаптационных возможностей организма к физическим нагрузкам, что подтверждается более адекватными

изменениями функциональных показателей, ускоренным восстановлением изучаемых параметров после функциональных нагрузок.

Следует отметить, более ускоренное восстановление вышеуказанных физиологических показателей после функциональных нагрузок имело место у студентов в возрастной группе 20 – 25 лет, что, по - видиму, связано с более высокой спортивной квалификацией лиц этого возраста.

Полученные данные позволяют считать необходимым постоянное проведение врачебного контроля за состоянием здоровья, физического развития и работоспособности студентов и динамикой физиологических показателей их, в целях своевременного осуществления лечебно – оздоровительных мероприятий.

ЗНАЧЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Исламов Т.Ш. – магистр

*Научный руководитель: Ахмеджанова Н.И. – заведующий
кафедрой педиатрии №2 с курсом неонатологии, доцент, д.м.н.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время в патологии детского возраста важное место занимают воспалительные заболевания мочевой системы, среди которых особое внимание заслуживают различные формы гломерулонефрита (ГН). При этом частым признаком у детей является гематурия, которая может быть ведущим, единственным проявлением болезни.

Целью исследования является изучение клинико-лабораторных особенностей течения первичного и вторичного гломерулонефрита у детей.

Материалы и методы исследования. Всего больных острыми нефритами было 70, из них – с вторичным гломерулонефритом (ВГН) - 35, первичным ГН (ПГН) - 35. Больные с острым ГН обследованы в период развернутых клинических проявлений и в динамике. Всем больным проводилось клинико - лабораторное обследование, включающее общий анализ крови, общий анализ мочи, определение в сыворотке крови общего белка, белковых фракций, остаточного азота, мочевины, креатинина, холестерина, сывороточных трансаминаз, СКФ.

Результаты исследования. По полученным данным функции почек на момент обследования были сохранены у 8 детей. У 10 (55,6%) - отмечалось снижение осмотического концентрирования (средний уровень $1016,8 \pm 0,29$), средний уровень клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина у этих детей составил $76,6 \pm 1,48$ мл/мин. У 7 детей с ограничением функций был проведен ретроспективный анализ историй болезни. К моменту обследования они имели благоприятный клинический тип. Средний уровень ОК у них был $1016,71 \pm 0,36$, КФ - $75,29 \pm 1,78$ мл/мин. При этом показатели активности нефритического синдрома у больных 1 и 2 групп (протеинурия, гипопротейнемия, гиперхолестеринемия, гиперглобулинемия) также не имели достоверных различий. Таким образом, у детей с ОГН наиболее частым оказалось сочетанное снижение осмотического концентрирования и клубочковой фильтрации. По мере нарастания тяжести заболевания отмечено прогрессирование функциональных нарушений. Оно выражалось как в снижении уровня ОК и КФ, так и в увеличении общего числа детей с ограничением ренальных функций и процента больных с сочетанными функциональными нарушениями. Ренальные дисфункции обнаруживались, главным образом, в присутствии прогностически неблагоприятных типов. Воспалительный процесс влиял на осмотическое концентрирование и клубочковую фильтрацию уже в ранний период заболевания. Влияние неблагоприятных клинического и морфологического типов проявлялось, главным образом, при ВГН.

Выводы. Следовательно, установлено, что наличие значимой протеинурии и канальцевых нарушений в дебюте гломерулонефрита указывает на неблагоприятное прогностическое значение. Отмечена необходимость длительного нефрологического наблюдения из-за волнообразного течения вторичного гломерулонефрита.

БОЛЕЗНЬ КРОНА В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Исламов О.клинический ординатор кафедрой факультетской и госпитальной хирургии
Научный руководитель Суюнов Д.М.*

Андижанский Государственный Медицинский Институт.

В настоящее время, в связи с редкостью и отсутствием характерных клинических признаков вопросы диагностики и лечебной тактики при болезни Крона в экстренной хирургии не разрешена. Болезнь Крона впервые описано 70 лет назад Crohn B.B., Ginsberg L., Oppenheimer D. как неспецифический гранулематозный илеит. В настоящее время он определяется как «неспецифический инфекционно - воспалительный процесс поражающий различные отделы желудочно – кишечного тракта от пищевода до

прямой кишки». Среди женщин болезнь Крона встречается несколько чаще. Пик заболеваемости приходится на 20-30 лет. В этот период частота болезни Крона среди женщин достигает 11 на 100000, а среди мужчин – 7 на 100000 населения.

Материалы и методы исследования. В клинике госпитальной хирургии оперированы 17 больных с болезнью Крона, 5 мужчин и 12 женщин. Возраст больных от 21 до 45 лет. Из них 4 человек оперированы за последний 2011 год, что составило 1,3% от 295 больных оперированных за этот период по поводу острого аппендицита или 0,57% от всех оперированных больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости за этот период. Наши наблюдения за последний год подтверждает статистические данные о том, что среди всех острых заболеваний тонкой кишки (дивертикул Меккеля, доброкачественные и злокачественные опухоли) наиболее часто встречаются регионарный илеит. На основании чего можно сделать заключение, что болезнь Крона является не таким уже редким заболеванием, с ней может встретиться любой хирург, оказывающий неотложную помощь.

Наши клинические наблюдения над 17 больными свидетельствует о сложности дооперационной диагностики этого заболевания. Из них 13 направлены в стационар с диагнозом острого аппендицита, 1 – прободной язвой 12 перстной кишки, разлитым перитонитом, 1 – кишечной непроходимостью, и остальные 2 – опухолью толстой кишки. У первых 13 больных врачами приемного покоя и хирургического отделения был подтвержден диагноз острого аппендицита. У остальных 4 больных показаниям к оперативному лечению явилась картина перитонита.

Результаты и их обсуждения. Наши клинические наблюдения и данные литературы показывает, что патогномичных клинических симптомов при болезни Крона нет. Заболевание развивалось остро (15 больных). Больные предъявляли жалобы на постоянные или временами усиливающие боли в животе с максимальной интенсивностью в правой подвздошной области: общая слабость, часто жидкий стул. Самочувствие ухудшается после приема пищи (особенно жирной) появляется тошнота, одно – двухкратная (13) или многократная рвота (2).

При ретроспективном анализе, тщательно собранный анамнез позволяет выявить некоторые особенности клинического течения патологии, характерные для болезни Крона: неясные боли в животе в течение нескольких дней, сопровождающейся некоторым повышением температуры тела, тошнотой, часто жидким стулом. Боли в животе могут стихать, но через несколько дней возобновиться локализуясь преимущественно в правой подвздошной области. Объективные данные не отличались от таковых при остром аппендиците. Обложенный суховатый язык, жажда, умеренная тахикардия, субфебрильная повышения температуры тела, иногда доходящая до гектического (38 – 39 °C). Живот мягкий, ограниченно принимает участие в акте дыхания. В правой подвздошной области отмечается напряжения, положительный симптом Щеткина – Блюмберга. При аускультации обычные кишечные шумы если нет разлитого перитонита, усиленная перистальтика при стеногической формы болезни Крона. Реакция периферической крови характеризуется лейкоцитозом до 12 – 14 сдвигом влево. Увеличение СОЭ отмечено у 14 больных, лимфоцитоз (до 31,3 г/л) – у 9 моноцитоз (до 11,0 г/л) обнаружено у 6 пациентов. Острота и динамизм развития патологического процесса в брюшной полости, локализация которого в подавляющем большинстве случаев ограничивается подвздошной и слепой кишкой, дают основания хирургу решиться на лапаротомию. Осознанная опасность промедления с операцией при остром аппендиците, что может стоить больному жизни, определяет пока единственное верное тактическое решения хирурга.

Заключение. В заключение следует отметить, отсутствие определенной клинической картины и вариабельность морфологических изменений в желудочно – кишечном тракте заставляют постоянно помнить о болезни Крона, относительно редко встречающейся, но способной привести к серьезным осложнениям, нуждающейся в правильной диагностике и оперативной тактике, а так же рациональном интенсивном лечении в послеоперационном периоде.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Выполнила: Исломова С, студент 309 группы педиатрического факультета факультета,

Научный руководитель: Исламова З.К. - Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Заболевания шейки матки (ШМ) являются одним из наиболее частых патологических состояний женской репродуктивной системы и не имеют тенденции к снижению. Любые гинекологические заболевания могут сочетаться с патологией ШМ. Именно поэтому, несмотря на современные достижения в диагностике и лечении, патология ШМ остается важнейшей проблемой в акушерстве и гинекологии.

Цель исследования. На основании комплексной оценки эпидемиологических, клинических, кольпоскопических, цитоморфологических аспектов цервикальной папилломавирусной инфекции разработать новый подход к ранней диагностике рака шейки матки.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материалы и методы исследования. Проведено НРУ-тестирование на онкогенные типы 16\18 693 женщин с различной патологией шейки матки. В зависимости от характера патологических изменений шейки матки было выделено 3 группы, каждая из которых подразделялась на две: вирус-позитивных и вирус-негативных, первую группу составили 298 больных с фоновыми заболеваниями шейки матки, включающие эрозии, причем в 12,9% случаев - рецидивирующие, лейкоплакии, эндометриальные кисты шейки матки, полипы цервикального канала, эритроплакии. Средний возраст пациенток этой группы был $32,5 \pm 0,7$ лет. Вторую группу составили 57 больных с предопухоловыми изменениями шейки матки.

Результаты исследования. Частота онкотропной папилломавирусной инфекции 16\18 типов среди обследованных женщин г. Андижана и Андижанской области составила 15%. Число инфицированных онкогенными типами HPV среди женщин, не имеющих клинических, кольпоскопических, цитологических изменений шейки матки составило 13,5%, среди больных с фоновой патологией и цервикальными дисплазиями - 14%, у больных раком шейки матки - 20,5%.

HPV 18 обнаружен у 72,2% обследованных. В опухолях шейки матки HPV 18 выявлен в 77,8%, HPV 16 - в 11,1%, смешанная инфекция HPV 16\18 типов - в 11,1%.

Наибольшая частота инфицированности онкогенными вирусами папилломы приходится на возрастной период 16-30 лет. Средний возраст больных вирус-позитивным раком шейки матки составляет $38,7 \pm 3,7$ лет, вирус-негативным - $49,8 \pm 2,6$ лет.

Наиболее частой клинической формой онкотропной HPV-инфекции была латентная, которая при фоновой патологии шейки матки наблюдалась в 61,9%, при дисплазиях - в 42,9%, при раке шейки матки - в 88,9%. Субклиническая форма встречалась, соответственно, в 21,4%; 42,9% и 11,1%. Клинически выраженная форма в виде остроконечных папиллом отмечена в 16,7% случаев с фоновой патологией, в 14,2% - с дисплазиями и не наблюдалась у больных вирус-позитивным раком шейки матки.

При кольпоскопическом обследовании у больных вирус-позитивным раком шейки матки, по сравнению с вирус-негативным, в 22 раза чаще встречались лейкоплакические участки, в 1,4 раза - поля атипичного эпителия, в 1,3 раза - ацетобелый эпителий и атипичные сосуды.

Цитологические изменения клеток эндоцервикса, происходящие под воздействием онкогенных папилломавирусов, имеют типичный для вирусной инфекции характер (наличие клеток с атипичными ядрами, клеток с деструкцией и вакуолизацией ядра, с вакуолизацией цитоплазмы, двуядерных клеток) и появляются уже на стадии вирусоносительства, достоверно увеличиваясь у вирус-позитивных больных дисплазиями и раком шейки матки.

К факторам риска вирус-позитивного рака шейки матки относятся: морфологические изменения эпителия шейки матки ($\gamma=0,89$), цитологические изменения ($\gamma=0,82$), латентное течение НРУ-инфекции ($\gamma=0,83$), большое количество половых партнеров ($\gamma=0,76$), наличие предшествующей псевдоэрозии шейки матки ($\gamma=0,54$), отсутствие барьерной контрацепции ($\gamma=0,3$).

Алгоритм ранней диагностики вирус-позитивного рака шейки матки в качестве первого этапа должен включать тестирование на онкогенные типы НРУ-инфекции с последующей комплексной оценкой клинических, кольпоскопических и цитоморфологических проявлений НРУ-инфекции.

Вывод. Практическое внедрение разработанного алгоритма ранней диагностики вирус-позитивного рака шейки матки в отделении гинекологии с группой профилактики и ранней диагностики опухолей позволило повысить выявляемость рака шейки матки на ранних и доклинических стадиях. Результаты работы существенно дополняют представление о клинических, кольпоскопических, цитологических проявлениях HPV-инфекции. Разработанный алгоритм ранней диагностики вирус-позитивного рака шейки матки позволяет объективизировать формирование групп повышенного онкологического риска, оптимизировать тактику лечения вирус-позитивных изменений шейки матки, уточнить сроки динамического наблюдения вирус-инфицированных больных.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Исмаилов Д., студент 343-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Ибрагимов М.Б. - Кафедра педиатрии
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-тканевый комплекс, включающий микроколонии бактерий, продуцируемые ими метаболиты, муцин, гликокаликс, эпителиальные клетки и клетки стромы слизистой оболочки, где происходит постоянный обмен генетическим материалом, сигнальными и регуляторными молекулами, метаболитами [1].

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, пропионобактерий, фузобактерий, зубактерий, 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 внутрипросветной 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 ферредоксинсодержащих 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.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ

*Исмоилов Ж.С., студент 2-курса лечебного факультета
Научный руководитель: Кутликова Г.М. - Кафедра ВОП №2
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Изучение проблемы коморбидности особенно актуально по отношению к артериальной гипертензии. При недостаточной эффективности антигипертензивных препаратов первой линии возникает необходимость их комбинации с другими препаратами.

В последнее время проблема ко- и полиморбидности в терапии стали уделять большое внимание. Изучение проблемы полиморбидности особенно актуально по отношению к наиболее распространенным и социально значимым заболеваниям. Коморбидность (с лат. — «со» — вместе + «morbus» — болезнь) — наличие нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом. Трансиндромальная коморбидность — сосуществование у одного пациента двух и/или более синдромов, патогенетически взаимосвязанных между собой.

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 клинико-функциональных 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.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

*Исмоилова М.С., студентка 2-курса лечебного факультета
Научный руководитель: Кутликова Г.М. - Кафедра ВОП 2
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Сердечно - сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают занимать лидирующие позиции среди причин смерти, как в России, так и во всём мире. Каждая третья женщина и каждый второй мужчина сталкивается с ишемической болезнью сердца (ИБС) в одном из наиболее сложных её проявлений – инфарктом миокарда. Это нозология во всём мире является ведущей причиной нетрудоспособности и лидирует в структуре смертности населения. Сегодня инфаркт миокарда остаётся таким же серьёзным заболеванием, как и несколько десятилетий назад.

По данным ВОЗ в 2008 г. от ССЗ умерли 17,3 млн. человек, что составило 30% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,3 млн человек умерли от ИБС.

Цель исследования. Изучение гендерных особенностей течения и лечения острого инфаркта миокарда (ИМ).

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Материалы и методы. В исследование включены 244 пациента в возрасте от 30 до 85 лет (средний возраст $61,2 \pm 12,3$ года) с диагнозом ИМ, которые были разделены на 2 группы по половому признаку: 1-я группа — 80 (32,8 %) женщин, 2-я группа — 164 (67,2 %) мужчин. Оценивались демографические данные пациента, диагноз и его осложнения, сопутствующая патология, анамнез и факторы риска (ФР) коронарной болезни сердца (КБС), лечебные мероприятия, проводимые на госпитальном этапе, частота летальных исходов в период госпитализации и в течение 12 месяцев после перенесенного ИМ.

Результаты. У женщин ИМ статистически значимо чаще развивался на фоне артериальной гипертензии ($p < 0,01$), сахарного диабета ($p < 0,05$) и ожирения ($p < 0,05$), а распространенность курения была выше в мужской популяции ($p < 0,01$). Самым частым осложнением ИМ в обеих группах явилась острая сердечная недостаточность (СН), которая регистрировалась у 53,7 % женщин и 55,5 % мужчин (относительный риск (ОР) 0,96; 95 % доверительный интервал (ДИ) 0,75—1,23; $p > 0,05$), но тяжелая СН III—IV класса чаще встречалась в женской популяции (31,2 % против 23,7 %; ОР 1,31; 95 % ДИ 0,85—2,01; $p > 0,05$). Частота летальных исходов была статистически значимо выше у женщин (27,5 % против 15,2 %; ОР 1,8; 95 % ДИ 1,08—2,99; $p < 0,05$), у них чаще регистрировалась как госпитальная (18,7 % против 9,1 %; ОР 2,05; 95 % ДИ 1,05—3,98; $p < 0,05$), так и постгоспитальная смертность (8,7 % против 6,1 %; ОР 1,43; 95 % ДИ 0,56—3,63; $p > 0,05$). В течение первых 6 месяцев после ИМ тенденция к большей частоте летальных исходов прослеживалась у женщин (6,2 % против 1,8 %; ОР 3,41; 95 % ДИ 0,83—13,9; $p > 0,05$), а у мужчин она была выше спустя 6-12 мес. после выписки из стационара (4,3 % против 2,5 %; ОР 0,58; 95 % ДИ 0,12—2,75; $p > 0,05$).

Вывод. Наиболее значимыми факторами риска развития ИМ у женщин являются сахарный диабет, артериальная гипертензия и ожирение. Течение ИМ у женщин ассоциировано с развитием тяжелой формы СН, а ближайший прогноз и исход ИМ у женщин более неблагоприятны, чем у мужчин.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ

Исмоилова Н. магистр 2 курса

*Научный руководитель: Доцент к.м.н. Тураева Г.Ю., 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Урогенитальный трихомониаз - часто встречающееся заболевание, передающееся половым путём. Также возможно инфицирование через предметы быта (предметы туалета, бани, ванной). Заболевание встречается в любом возрасте и тенденции к снижению или увеличению заболеваемости не отмечается.

Вагинальный трихомониаз - форма, встречающаяся у женщин и являющаяся наиболее распространённой причиной влагалищных выделений. У рожениц трихомониаз имеет более бурное течение. Это объясняется усилением функций внутренних желез и обогащением влагалищных выделений и эндотелия гликогеном, который способствует усиленному размножению трихомонад и других патогенных и условно патогенных микроорганизмов. Оральные противозачаточные средства (Диане-35, Ревигидон и т.п.) также создают благоприятные условия для развития заболеваний мочеполового тракта.

Клинически трихомониаз протекает по-разному. Нередко имеет место длительное течение с поражением внутренних органов, высокий процент рецидивов, резистентность возбудителя к лекарственным препаратам. В связи с этим сохраняется актуальность лечения этой патологии.

В современной литературе описываются случаи неэффективности препаратов противотрихомонадного ряда (трихопол, метронидазол и др.). В.П.Адаскевич (2002 г.) при инфекциях, передаваемых половым путем применяли орнизол при лечении трихомонадных кольпитов и уретритов. М.А.Гомберг (2007 г.) при лечении смешанной инфекции - трихомонадном уретрите - применял орнизол и получал хорошие результаты.

Поэтому, мы изучили терапевтическую ценность препарата «Секнидокс препарат производное нитромидазола оказывает бактерицидное амебейное действие. Секнидокс назначали по 2 грамма однократно курс лечения 1 день лечение проводилось обоим партнерам при неосложнённом трихомониазе 2,0 грамма, однократно), при хроническом трихомониазе (по 0,5 г 2 раза, 7-10 дней). У 35 больных в возрасте от 25 до 40 лет диагноз выставлен после клинического бактериоскопического исследования, иногда путём конфронтации. Трихомониазный эндоцервицит и вульвовагинит - у 23 больных (из них шестеро - больные только вульвовагинитом).

Наблюдения проводили сразу после проведения лечения, спустя 10 дней у 9 больных в течение последующих 2 месяцев после менструально-овариального цикла.

Из 35 больных, получивших секнидазол у 35 из них наступило клиническое выздоровление, подтверждённое лабораторными исследованиями. Во время проведения лечения больные чувствовали себя удовлетворительно, кроме 3-х пациентов, страдавших хроническим холециститом, у которых на 6-8 день лечения были побочные действия препарата в виде головокружения, тошноты, рвоты. Лечение этих больных было приостановлено.

Таким образом, секнидазол является хорошим противотрихомонадным и антимикробным препаратом,

который можно использовать при лечении трихомонадного эндоцервицита, уретрита (особенно в острых, подострых и хронических течениях).

ЛЕЧЕНИЕ ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ

Исроилова Г., магистр I курса,

*Научный руководитель: Шокирова С.М. - Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последние годы во многих странах мира отмечен рост вагинальных инфекций, которые прочно занимают ведущее место в структуре акушерско-гинекологической заболеваемости. Внедрение современных технологий в клинической микробиологии дает возможность расширять исследования и показать, что отрицательное влияние на микрофлору макроорганизма различной локализации, в т. ч. влагалища, ведет к разнообразной патологии как воспалительного, так и невоспалительного генеза.

Цель исследования. Изучение распространенности, клинической картины, триггерных механизмов возникновения дисбиоза влагалища у женщин в первом триместре беременности и оценка эффективности пребиотика из растительных моносахаридов для лечения бактериального вагиноза у женщин в ранние сроки гестации.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное сплошное исследование 70 женщин в АОПЦ в период 2018 – 2021 гг.

Результаты исследования. В ранние сроки беременности у 49,4% женщин возникают нарушения микробиоценоза влагалищного биотопа, которые клинически проявляются следующими нозологическими формами: бактериальный вагиноз – у 29,8%, урогенитальный кандидоз – у 16,5%, специфический вагинит – у 3,1% беременных.

Клиническая картина дисбиоза влагалища зависит от нозологических форм заболевания. Бактериальный вагиноз у 32,2% беременных протекает бессимптомно. Клинические проявления кандидозного вагинита в значительной степени зависят от варианта бактериально-грибковых ассоциаций:

I вариант встречается у 23,1% беременных,

II вариант встречается у 34,6% беременных,

III вариант встречается у 42,3% беременных и у них в 23,6% случаев выявляются эрозивно-язвенные элементы и гнойные налеты на слизистой влагалища и шейки матки. Вагиниты на фоне инфекций, передаваемых половым путем сопровождаются некоторым усилением выделений, периодическим зудом вульвы и влагалища.

В ранние сроки беременности ведущей причиной развития дисбиоза влагалища является гравидарный фактор в 48,1% случаев, рецидивирующий бактериальный вагиноз в 33,3% случаев и урогенитальный кандидоз в 28,3% случаев в прегравидарном периоде.

В ранние сроки беременности ведущим осложнением течения её являются дисбиотические заболевания влагалища, которые в 50% случаях протекают бессимптомно и диагностируются по лабораторным тестам.

Альтернативным и оптимальным вариантом лечения бактериального вагиноза у беременных во I триместре может быть четырнадцатидневный курс терапии пребиотиком из растительных моносахаридов, который уже к концу лечения у 76,3% беременных формирует нормоценоз влагалища, достигая максимальных цифр 81,6% и 80% соответственно во II и III триместрах беременности.

Высокая эффективность, число рецидивов заболевания 18,4%, и безопасность использования во время беременности позволяют рекомендовать пребиотик из растительных моносахаридов для лечения бактериального вагиноза у беременных во I триместре.

Вывод. Таким образом, проведенное нами исследование показало высокую эффективность препарата Бетадин при лечении дисбиотических нарушений влагалища среди беременных перед родоразрешением. У 96% пациенток через 3 нед. после терапии полностью нормализовался микробный пейзаж влагалища. Результаты лечения сохранялись и в послеродовом периоде, обеспечивая отсутствие гнойно-воспалительных осложнений у всех пациенток, включенных в исследование. Современные исследования также свидетельствуют о высокой эффективности использования препарата Бетадин и раствора повидон-йода в профилактике послеродовых инфекционных осложнений и лечении вагинальных инфекций как у беременных, так и у небеременных женщин.

Успешное лечение дисбиотических нарушений влагалищной микрофлоры перед родоразрешением зависит от правильной диагностики и патогенетически обоснованной терапии, что в дальнейшем позволяет избежать послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний.

ПРИЧИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Исроилова Гулсанам магистр 1 курса

*Научный руководитель: ассистент Ибрагимова С.Р., 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель нашего исследования - изучить структуру и причины преждевременных родов.

Нами ретроспективно проанализировано 31 история родов женщин, родоразрешённых преждевременно в Андижанском городском клиническом родильном доме 2 за период с февраля 2017 года по апрель 2018 года. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (р, %) и стандартной ошибки доли (Sp, %).

Очень ранних преждевременных родов в сроке гестации 22-27 недель было 2 (6,45±4,41%), ранних преждевременных родов (28-33 недели беременности) - 5 (16,13±6,61%) и преждевременных родов в сроке 34-37 недель беременности - 24 (77,42±41,81%). Средний срок гестации составил 34,48±3,08 недель. Средний возраст обследуемых женщин равнялся 25,9±5,25%. Оперативно родоразрешены 22 (70,97±8,15%) женщины, причём у 9 (40,91±10,48%) показанием к операции была преждевременная отслойка плаценты, у 6 (27,27±9,5%) - преждевременное излитие околоплодных вод в сочетании с акушерской патологией (тазовое предлежание, гестоз средней степени тяжести, оперированная матка и т.д.), у 4 (18,18±8,22%) - гестоз средней и тяжёлой степени тяжести, не поддающийся медикаментозной терапии, и по 1 (4,55±4,44%) - ножное предлежание, монохориальная двойня, гипотрофия плода в сочетании с прогрессирующим нарушением фето-плацентарного кровотока на фоне медикаментозной терапии. Из 9 (29,03±8,22%) женщин, родоразрешённых через естественные родовые пути, у 8 (88,89±10,48%) было преждевременное излитие околоплодных вод и у 1 (11,11±10,48%) - тазовое предлежание. Средняя масса тела и рост новорожденного составили 2188,59±506,27 г и 44,97±5,9 см, соответственно. Таким образом, наиболее частыми причинами преждевременных родов являлись преждевременное излитие околоплодных вод - у 14 (45,16±8,94%) женщин и преждевременная отслойка плаценты - у 9 (29,03±8,22%).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНКЕТИРОВАНИЯ О ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

*Ўлдошев Абдукодир Азизбек Собиржон угли - студент стоматологического факультета
Охунжонова Хайётхон Хосилжоновна - ассистент кафедры факультетской стоматологии и
пропедевтики стоматологических заболеваний.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Гигиена полости рта - это основное профилактическое мероприятие, которое должно проводиться по всем правилам, вне зависимости от возраста человека и состояния здоровья его зубов. К сожалению, не всегда личная гигиена позволяет добиться качественной очистки полости рта. Очень важной составной частью лечебно-профилактических мероприятий является профессиональная гигиена, которую регулярно проводит врач-гигиенист. Профессиональная гигиена полости рта - это регулярный комплекс мероприятий, проводимых врачом-стоматологом, направленный на предотвращение развития кариеса и заболеваний пародонта.

Анкетирование - это метод получения информации среди людей разных социальных групп, с большой выборкой респондентов и достоверностью результатов, считается вспомогательным методом исследования, он обеспечивает до 80 % собираемой информации.

Цель исследования. Обучение студентов составлению анкет проведению анкетирования. Провести анализ анкетирования студентов стоматологического и лечебного факультетов АГМИ, пациентов районной поликлинике, пришедших на прием к врачу ортопеду и пациентов стоматологической клиники.

Материалы и методы. Нами была разработана анкета из 20 вопросов по профилактике кариеса и гигиене полости рта и проведено анкетирование 120 человек.

Результаты. Результаты анкетирования показали, что пациенты клиник не знают о необходимости назначения препаратов фтора и кальция для профилактики кариеса. Около 76 % пациентов хотели бы, чтобы подбором средств гигиены полости рта и рекомендациям по их применению занимался их лечащий врач.

Выводы. Подбор средств гигиены и профилактики кариеса зависит от возраста пациентов, их материального благополучия, воспитания и образования. Влиять на выбор средств гигиены рта может только профессионально обученный и мотивированный врач стоматолог. Врач, для которого гигиена полости рта является неотъемлемой составляющей стоматологического приема наряду с лечением кариеса и его осложнений.

СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ

*Выполнил: Йулдошев Ж.Т, магистр.,
Научные руководители: Икрамов А.Ф., Косимов А.К., Кафедра офтальмологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Лазерная коагуляция сетчатки — это один из современных методов лечения. Он применяется при различных глазных заболеваниях: отслоении или дистрофии сетчатой оболочки, сосудистых патологиях и пр. Назначается эта процедура и при пролиферативной диабетической ретинопатии.

Цель исследования. Целью исследования является изучение клинических и технологических особенностей лазерного лечения сетчатки при диабетической ретинопатии.

Материалы и методы исследования. Для выполнения этой задачи мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией и лазерной коагуляцией сетчатки, которые лечились в офтальмологическом отделении клиники АГМИ.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствовали о том, что панретиальная лазеркоагуляция сетчатки уменьшает риск значительной потери зрения примерно на 50%. Она была зарегистрирована в 16% случаев при отсутствии лечения и в 6% случаев после лазеркоагуляции сетчатки в группе пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией при 2-летнем наблюдении (в группе пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией высокого риска значительная потеря зрения отмечалась в 26 и в 11% соответственно).

В наших собственных исследованиях 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.

Вывод. 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.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ

*Казакова Н.Н. - кафедра терапевтическая стоматология
Бухарский государственный медицинский институт*

Несмотря на значительные успехи стоматологии в мире проблема кариеса зубов остается актуальной. В связи с этим ведется поиск альтернативных методов лечения кариеса зубов. Инновационными являются химико-механический метод и метод инфильтрации.

Целью данной работы является сравнение традиционных и альтернативных методов лечения.

Известно, что механический метод основан на удалении пораженной структуры зуба, что сопровождается нагреванием, а также раздражающими звуками и вибрациями. Химико-механический

метод, в свою очередь, основан на удалении только лишь кариозного участка дентина, не затрагивая здоровые ткани. Шведской фирмой Mediteam была создана система для химико-инструментальной обработки кариозных полостей - Carisolv. В состав системы Carisolv входит активный гель и специальный инструментарий. Система Carisolv мобильна и эргономична в исполнении, проста в применении. Она не требует наличия сложного и дорогостоящего оборудования, а также обслуживающего персонала.

Метод инфильтрации совершенно отрицает этап препарирования как таковой. Для лечения кариеса данным методом немецкая компания DMG разработала систему ICON, включающую сепарационные клинья, аппликаторы, травящий гель на основе HCl, этанол, инфильтрат, а также жидкотекучий светокомпозиционный материал. Используя набор данных средств в определенной последовательности, установленной производителем, добиваются максимального эффекта.

Приведенные методы лечения являются весьма перспективными и могут быть внедрены в отечественную медицину. Единственный «минус» данных систем - высокая себестоимость.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Камбаралиева С., студентка 3-курса фармакологического факультета

Научный руководитель: Худойбердиева М.Д.

*Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время существует несколько терапевтических подходов к лечению больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Поиск оптимального метода консервативного ведения больных с хронической ишемией нижних конечностей остается важной и до конца нерешенной задачей.

Цель исследования. Изучить эффективность фармакотерапии хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. Пациенты распределены в 2 группы случайным образом, каждому пациенту проведен 10-дневный курс в/в инфузий. 1-ю группу составили 40 пациентов, которым назначен Актовегин 4 мг/мл, 250 мл в качестве монотерапии. Во 2-ю группу включены 40 пациентов, которым проводились инфузии декстранов и пентоксифиллина в дозе 100 мг. Возраст пациентов в 1-й группе – 54–77 лет ($64,8 \pm 9,9$ года), во второй – 42–86 лет ($64,3 \pm 14,2$ года).

Результаты исследования. У всех пациентов причиной ишемии был облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. У большинства пациентов отмечалось 2–3 сопутствующих заболевания, преобладали ишемическая болезнь сердца (I–II функциональный класс) и артериальная гипертензия (I–II стадии). Табакокурение в стационаре строго запрещено, до госпитализации курение подтвердили 4 (10%) пациента в 1-й группе и 7 (17,5%) пациентов во 2-й группе. Статистически значимых различий по возрасту и дистанции безболевого ходьбы до лечения выявлено не было. Все пациенты дополнительно получали перорально антиагрегантную, гиполипидемическую терапию. При наличии показаний пациентам выполнялось оперативное лечение строго после курса инфузий и контрольного исследования. В обеих группах оценивался прирост дистанции безболевого ходьбы. Методика измерения – тредмил-тест без уклона со скоростью 3 км/ч.

Переносимость инфузионной терапии в обеих группах была удовлетворительной, побочных эффектов не зарегистрировано. Прирост дистанции безболевого ходьбы составил 58,8% в 1-й группе и 60,7% во 2-й группе, различие статистически недостоверно ($p=0,68$).

После курса инфузионной терапии у пациентов 2-й группы достоверная динамика получена только для времени достижения максимального уровня перфузии при тепловом воздействии; увеличение амплитуды респираторно обусловленных колебаний кровотока при базальной перфузии не имеет самостоятельного значения.

У пациентов 1-й группы при базальной перфузии отмечается достоверное увеличение амплитуды миогенных колебаний кровотока, что указывает на степень раскрытия прекапиллярных артериол и капиллярных сфинктеров, снижение с тенденцией к достоверности параметра шунтирования и увеличение амплитуды респираторно обусловленных колебаний кровотока. В ответ на тепловой стимул отмечаются увеличение с тенденцией к достоверности амплитуды эндотелиальных колебаний кровотока и достоверное увеличение уровня тепловой вазодилатации.

Выводы. Оценивая динамику показателей функционального состояния регуляторных механизмов микроциркуляции, можно с достаточной долей уверенности говорить о механизмах действия различных лекарственных препаратов у пациентов с хронически облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Положительная динамика в группе инфузий Актовегина достигнута за счет эндотелиопротективного эффекта и поступления крови преимущественно в капиллярное русло.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Комилова М. магистр 2 курса

*Научный руководитель Доцент Юлдашева О.С., 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанского государственного медицинского института*

В настоящее время прослеживается тенденция к увеличению процентов родов оперативным путем. В среднем процент кесарево сечения составляет 15-18 % от общего количества родов. Более высокий процент кесарево сечения считается злоупотреблением со стороны врачей. За 2019 году в родильном доме 2 города Андижана было 8768 родов, а кесарево сечение произведено в 1987 случаев.

Нами проведен клинический анализ течения родов у 25 рожениц с рубцом на матке в анамнезе.

Цель исследования. Разработать алгоритм ведения рожениц поступивших на роды с наличием рубца на матке. В ходе проведенного анализа историй родов в акушерском комплексе 2 города 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.

20 рожениц поступили в первом периоде родов, операция кесарево сечение у них было произведено 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 20 рожениц роды закончились через естественные родовые пути без осложнений, состояние новорожденных оценено как удовлетворительное. У 5 рожениц была диагностирована на основании партограммы затяжные роды, у 2 произведена амниотомия и стимуляция окситоцином, у 3 произведено экстренное кесарево сечение, показанием явилось дистресс плода.

Таким образом, в результате клинического анализа беременности и родов установлено у рожениц с рубцом на матке роды через естественные пути возможно, если кесарево сечение было в нижнем маточном сегменте. 2 послеоперационный период протекал без осложнений, 3 интергенетический интервал составил не менее 3 лет, 4 размеры плода и размеры таза соответствуют состоянию плода, удовлетворительное.

Дальнейшие исследования позволят получить ответы на ряд возникших вопросов и оптимизировать тактику ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Карабаева Ф.У. - Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Андижанский государственный медицинский институт

*Научный руководитель: Каюмов У.К. Кафедра внутренних болезней №1
ТашиУВ*

Актуальность. Подагра относится к заболеваниям, известным с глубокой древности: у одной из египетских мумий в области большого пальца стопы обнаружены кристаллы урата натрия. Первое классическое описание подагрического артрита принадлежит английскому клиницисту Th. Sydenham. В 1883 г. А. Garrod с помощью нитки, опущенной в кровь больного подагрой, открыл факт повышения в крови уровня мочевой кислоты (МК) — гиперурикемию. В 1889 г. кристаллы уратов были обнаружены в суставной жидкости больного во время острого подагрического артрита. А. Gattman (1950 г.) на основании “эссенциальной гиперурикемии” охарактеризовал заболевание как врожденное нарушение метаболизма пуринов. Лишь в 1961 г. MacCarty и Hollander окончательно установили роль кристаллов уратов в развитии острого подагрического артрита.

Цель исследования. Изучить особенности течения подагры в сочетании с метаболическим синдромом и оценить влияние комплексного терапевтического подхода на течение суставного синдрома и динамику риска сердечно - сосудистых заболеваний.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 86 пациентов. 1-ю группу составили 56 больных с первичной хронической подагрой, диагностированной на основании классификационных критериев S. WaUase и соавт., и MC; 2-ю группу — 30 больных с MC без подагры и другого иммуно-воспалительного процесса.

Результаты исследования. Сочетание метаболического синдрома и подагры способствует более раннему дебюту заболевания и достоверно увеличивает частоту и длительность обострений.

Высокие показатели высокочувствительного С - реактивного белка (медиана 2,98 мг/л) при наличии метаболического синдрома, не зависящие от длительности болезни и выявляемые у пациентов с более ранним дебютом подагры, ухудшают течение заболевания за счет увеличения частоты обострений за год (медиана 3,0, $p < 0,05$); достоверно более высокий (медиана 510,25 мкмоль/л) сывороточный уровень

мочевой кислоты, у пациентов с подагрой в сочетании с метаболическим синдромом не оказывает самостоятельного влияния на тяжесть течения заболевания.

Высокие показатели высокочувствительного С - реактивного белка у больных подагрой в межприступный период, не влияют на формирование клинических признаков метаболического синдрома.

Наиболее часто у больных подагрой в сочетании с метаболическим синдромом выявляется повышение уровня триглицеридов, имеющее прямую корреляцию с сывороточной концентрацией мочевой кислоты и высокочувствительным С - реактивным белком, а также снижение показателей холестерина липопротеидов высокой плотности, имеющее отрицательную корреляционную связь с высокочувствительным С - реактивным белком.

Для пациентов с подагрой, вне зависимости от метаболического синдрома, характерен высокий риск сердечно - сосудистых заболеваний по оценочным шкалам: 8COKE-6,42, P1ЮСAM-13,2.

Шкала P1ЮСAM является более адекватной для оценки риска у пациентов с подагрой и метаболическим синдромом, так как учитывает параметры, вносящие максимальный вклад в суммарный риск сердечно - сосудистых заболеваний и имеет статистически значимые корреляции со значениями холестерина липопротеинов низкой плотности ($R = 0,55, p < 0,001$), общим холестерином ($R = 0,36, p < 0,01$) и триглицеридами ($R = 0,33, p < 0,01$).

Сочетание медикаментозной терапии гипоирикемическими, гиполипидемическими, гипотензивными препаратами, а также снижение массы тела, отказ от употребления алкоголя и соблюдение низкоуглеводной и гипопуриновой диет приводит к достоверному снижению частоты и длительности обострений артрита у больных подагрой в сочетании с метаболическим синдромом.

Снижение сывороточной концентрации мочевой кислоты до целевых значений (ниже 360 мкмоль/л), путем назначения аллопуринола, способствует повышению уровня холестерина липопротеинов высокой плотности и снижению показателей холестерина липопротеинов низкой плотности, обеспечивая достоверное снижение суммарного риска сердечно - сосудистых заболеваний по шкале PROCAM

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости активной оценки параметров метаболического синдрома у пациентов с подагрой, обязательного определения уровня высокочувствительного С - реактивного белка и расчета суммарного риска сердечно - сосудистых заболеваний по шкале P1ЮСAM, что позволит выработать комплексный и индивидуальный подход к терапии подагры с целью улучшения качества и продолжительности жизни больного.

Достоверное снижение риска сердечно - сосудистых заболеваний по шкале P1ШЭСAM и показателей высокочувствительного С -реактивного белка на фоне достижения целевых значений сывороточной концентрации мочевой кислоты, позволяет считать обязательным назначение аллопуринола в дозах достаточных для адекватного снижения уровня мочевой кислоты пациентам с хронической подагрой в сочетании с метаболическим синдромом.

ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

*Каримжонов Х.А., самостоятельный соискатель,
Научные руководители: Маматалиев А.Р., Исроилов Р.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Эндометриоз (ЭМ) продолжает занимать третье место в структуре гинекологических заболеваний после инфекционных заболеваний и миомы матки и остается одной из основных нерешенных проблем современной гинекологии.

Цель исследования.Повысить качество диагностики и лечения эндометриоза путем выявления клинико-морфологических связей и молекулярно-биологических особенностей эутопического и эктопического эндометрия при аденомиозе и эндометриозе яичников у больных репродуктивного возраста в пролиферативной фазе менструального цикла без другой гинекологической патологии.

Материалы и методы исследования. Изучено 86 больных репродуктивного возраста в пролиферативной фазе не нарушенного менструального цикла, оперированных по поводу АМ (52 набл.) и ЭЯ (34 набл.) с 2018 по 2020 гг., в клинике АГМИ. В дооперационном периоде пациентки не получали гормонального лечения.

Результаты исследования.Болевой синдром и синдромы вегетативных и психоэмоциональных нарушений в 2-3,2 раза чаще развиваются при аденомиозе, чем при эндометриозе яичников; при аденомиозе болевой синдром и геморрагический синдромы отмечаются, соответственно, в 2,1 и 2,8 раз чаще при III-IV стадиях заболевания, чем при I-II стадиях; геморрагический синдром при аденомиозе наблюдается, соответственно, в 1,9 и 2 раза чаще при железистом и железисто-стромальном вариантах строения эндометриоидных очагов.

У больных аденомиозом и эндометриозом яичников репродуктивного возраста преобладает железисто-стромальное строение эндометриоидных очагов (76,9-94%) с различной активностью их железистого и стромального компонентов, причем, нередко, в пределах одного очага.

При аденомиозе и эндометриозе яичников в эутопическом и эктопическом эндометрии нарушен метаболизм эстрогенов: по сравнению с нормальным эндометрием выявляются продукция фермента ароматазыцитохрома P450, повышение экспрессии рецепторов эстрогенов в эпителии эутопического эндометрия, но ее снижение - в строме при аденомиозе и обоих компонентах эктопического эндометрия при эндометриозе яичников; отмечается также повышенная экспрессия рецепторов прогестерона в эпителии эндометриоидных очагов.

Пролиферативная активность (экспрессия Кл-67) повышена в эпителии (но не строме) эутопического эндометрия и снижена в эпителии (при эндометриозе яичников) и строме (при обеих формах эндометриоза) эндометриоидных очагов. Апоптоз в эутопическом и эктопическом эндометрии при аденомиозе и эндометриозе яичников подавлен: в эпителии и строме эутопического эндометрия соотношение ингибитора апоптоза Bcl-2 и его индуктора Вах в 2,4-2,7, а эктопического эндометрия - в 2,2-2,4 раза выше, чем в нормальном эндометрии в фазе пролиферации.

Продукция факторов ангиогенеза (ТФ α и СЭФР) и клеточной инвазии (ММП-2, ММП-10, их ингибитора ТИМП-2) эутопическим и эктопическим эндометрием при аденомиозе и, в меньшей степени, эндометриозе яичников повышена по сравнению с нормальным эндометрием в фазе пролиферации; в эктопическом эндометрии экспрессия ММП-2 и ММП-10 отмечается не только в стромальных, как в нормальном и эутопическом эндометрии, но и в эпителиальных клетках.

Иммуногистохимический профиль эутопического эндометрия при аденомиозе и эндометриозе яичников отличается от нормального нарушением метаболизма эстрогенов с активацией фермента ароматазыцитохрома P450, повышением пролиферативной активности эпителия, снижением апоптоза в сочетании с повышенной продукцией факторов ангиогенеза и клеточной инвазии, что может быть одним из условий развития его гиперпластических изменений, инвазии в миометрий с формированием аденомиоза, повышенной способности к имплантации и формированию эктопических очагов.

Иммуногистохимический профиль эктопического эндометрия при аденомиозе и эндометриозе яичников повторяет особенности эутопического, отличаясь только снижением экспрессии рецепторов эстрогенов (кроме эпителия при аденомиозе) и пролиферативной активности, повышением экспрессии эпителием рецепторов прогестерона и более выраженной продукцией ароматазыцитохрома P450, факторов ангиогенеза и инвазии, что может лежать в основе его автономного инвазивного роста с нарушением циклических изменений.

Вывод. Показано, что у больных аденомиозом и эндометриозом яичников репродуктивного возраста в пролиферативную фазу менструального цикла без другой гинекологической патологии преобладают диффузная форма аденомиоза и эндометриоидные кисты яичников с железисто-стромальным строением эндометриоидных очагов. Активность их железистого и стромального компонентов может быть различной, причем, нередко, в пределах одного очага.

Выявлено, что болевой синдром и синдромы вегетативных и психоэмоциональных нарушений в 2-3,2 раза чаще развиваются при аденомиозе, чем при эндометриозе яичников; при аденомиозе болевой и геморрагический синдромы отмечаются в 2,1-2,8 раз чаще при III-IV стадиях заболевания, а геморрагический синдром - в 1,9-2 раза чаще в наблюдениях с железистым и железисто-стромальным вариантами строения эндометриоидных очагов.

Обнаруженную патологическую экспрессию фермента ароматазыцитохрома P450 эутопическим эндометрием при аденомиозе и эндометриозе яичников, которая отсутствует в нормальном эндометрии, важно использовать в комплексе методов морфологической диагностики эндометриоза и других эстроген-зависимых гинекологических заболеваний. В связи с этим также целесообразно применение ингибиторов ароматазы при терапии эндометриоза.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Каримжонов Х.А., самостоятельный соискатель
Научные руководители: Маматалиев А.Р., Исроилов Р.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Эндометриоз в настоящее время является одной из главных медикосоциальных проблем, приобретающей особую актуальность в свете реализации национального проекта «Здоровье». Классификация эндометриоза основывается на его клинико-морфологических особенностях и подробно приведена в клинических рекомендациях по эндометриозу.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с эндометриоидными кистами яичников на основании изучения клинико-лабораторных данных пациенток и иммуногистохимических

характеристик эндометриоидных кист яичников для прогнозирования развития послеоперационного низкого овариального резерва.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами проанализированы результаты комплексного обследования и хирургического лечения 114 пациенток с различной степенью поражения эндометриозом яичников, оперированных с 2018 г. по 2020 г. в отделении патологической анатомии клиники АГМИ.

Результаты исследования. Пациентки с более выраженными стадиями эндометриоидных кист яичников (III-IV стадиями) чаще предъявляют жалобы на поли- и альгоменорею, имеют больший объем яичников и диаметр эндометриоидных кист до операции, у них чаще применяется операционная техника в виде иссечения, а не коагуляции очагов эндометриоза по сравнению с пациентками с I-II стадиями эндометриоидных кист яичников.

Стадия эндометриоидных кист яичников оказывает выраженное влияние на снижение овариального резерва после их оперативного удаления. При наличии III-IV стадий эндометриоидных кист яичников шансы развития послеоперационного низкого овариального резерва возрастают в 7 раз ($ОШ=7,1$; 95% ДИ = 3,0; 16,6).

Вне зависимости от стадии эндометриоза и объема оперативного вмешательства на яичниках у всех пациенток через год после операции отмечается снижение показателей овариального резерва по сравнению с дооперационным этапом. При этом тактика оперативного вмешательства оказывает влияние на риск развития низкого овариального резерва после операции: резекция очагов эндометриоза увеличивает его шансы в 2,4 раза ($ОШ=2,4$, 95% ДИ=1,04; 5,6).

Наиболее значимое влияние на снижение овариального резерва после операции оказывает дооперационный уровень АМГ. При уровне АМГ до операции ниже 2,50 нг/мл, шансы развития НОР после операции возрастают в 15,7 раз ($ОШ=15,7$; 95% ДИ=5,8; 42,5).

У пациенток с последующим развитием низкого овариального резерва в послеоперационном периоде происходит изменение экспрессии маркера репарации ДНК MGMT: снижение экспрессии в железах эутопического эндометрия, цитоплазме эпителия желез, ядрах и цитоплазме стромальных клеток эктопического эндометрия; повышение в строме эутопического эндометрия и ядрах железистых клеток эктопического эндометрия.

Вывод. На основании выявленных факторов риска развития послеоперационного низкого овариального резерва разработана модель прогнозирования данного осложнения в зависимости от предоперационного уровня АМГ и суммарного диаметра эндометриоидных кист яичников. На основании выявленных факторов риска развития послеоперационного низкого овариального резерва разработана шкала оценки риска развития данного осложнения у пациенток с эндометриоидными кистами яичников и определены критерии низкого, среднего и высокого риска. У пациенток группы высокого риска развития послеоперационного низкого овариального резерва предложены меры по снижению риска его развития и увеличению вероятности реализации репродуктивной функции.

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЯМИ

Каримкулова Г.А., магистр 1 курса

*Научный руководитель: Юлдашева Н.Э. - Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) является одним из самых распространенных заболеваний на планете, а поражение многих органов и систем, связанных с ней, определяет актуальность и важность изучения данной проблемы. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (1998) ЖДА выявляется у 1,8 млрд. человек нашей планеты, а дефицит железа (ДЖ) в той или иной степени выраженности имеется у каждого третьего жителя Земли – это 3,6 миллиардов человек, т.е. 30 % населения.

Результаты исследований последних лет отечественных и зарубежных ученых позволили ответить на многие вопросы патогенеза, этиологии, диагностики, лечения и профилактики железодефицитных состояний при ЖДА развиваются морфофункциональные нарушения, которые не ограничиваются только системой крови, дистрофия внутренних органов и их функциональные нарушения, вторичная иммунная недостаточность, осложнения во время беременности и в родах, задержка роста и развития детей, изменения интеллекта и поведенческих реакций сопровождают это заболевание.

Цель исследования. Оценить качество жизни и синдром слабости с обоснованием применения усиливающего эритропоэтина в комбинированной терапии железодефицитной анемии.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 70 пациентов. Из них 50 – ЖДА с тромбоцитопениями. 20 наблюдаемых составили группу контроля ЖДА различной этиологии.

Результаты исследования. Основными факторами риска развития железодефицитной анемии у женщин молодого возраста являются: обильные менструации, отягощенный наследственный анамнез и несбалансированное питание. Выраженные изменения клинико-лабораторных показателей с повышением

интенсивности перекисного окисления липидов в сыворотке крови больных наблюдаются уже при легкой степени анемии и непродолжительном стаже заболевания.

Установлено, что включение антиоксиданта (3-каротина в комбинированную терапию железодефицитной анемии, в отличие от изолированного лечения, препаратом железа оказывает более выраженное положительное влияние на клинические проявления, восстановление эритроидного ростка, показатели обмена железа, свободнорадикального окисления липидов и улучшает переносимость препарата железа (сорбиферадурулес).

Выявлено значительное снижение качества жизни молодых пациенток с сидеропенией по всем исследуемым шкалам MOS SF-36, FactAn и BFI, имеющее прямую зависимость от степени тяжести и длительности течения заболевания, а синдром слабости у этого контингента больных (по BFI) был умеренно выраженным.

Показана позитивная динамика параметров качества жизни при лечении общей группы пациенток с сидеропенией по опросникам SF-36, FactAn и уменьшение синдрома слабости по BFI, причем в группе больных с дополнительным применением (3-каротина, по сравнению с традиционной терапией, отмечены достоверно более высокие показатели "социального функционирования" и "жизнеспособности" ($p < 0,05$).

Обнаружены различия параметров качества жизни молодых пациенток по степени тяжести и длительности заболевания в зависимости от проводимого лечения. Включение (3-каротина в комбинированную терапию значимо улучшает "общее здоровье" у больных с легкой степенью тяжести, социальное функционирование" - при среднетяжелом течении и уменьшает слабость при тяжелой анемии ($p < 0,05$). У больных с сидеропенией до 5 лет применение (3-каротина приводит к достоверному повышению уровня "социального функционирования", "социально-семейного благополучия" и "жизнеспособности" ($p < 0,05$), а в группах с более продолжительным течением заболевания различий качества жизни не выявлено.

На основании полученных данных, с целью оптимизации лечения, предложена рациональная схема применения (3-каротина в комбинированной терапии молодых женщин с железодефицитной анемией.

Вывод. Лечение ЖДА, ЖДС, поддерживающая терапия, профилактические мероприятия могут осуществляться любыми лекарственными формами, что обеспечивает высокий комплаенс к проводимой терапии. Также возможен переход с одной лекарственной формы на другую.

Отсутствие зависимости от приема пищи является важным аспектом во время лечения не только у беременных женщин, но и в послеоперационном периоде у гинекологических больных. Кроме того, у данного лекарства есть преимущество и с точки зрения безопасности его хранения в доме, где есть дети.

Таким образом, принимая во внимание хорошую переносимость, низкую токсичность и высокую степень утилизации неионизированного, макромолекулярного, водорастворимого железа из ГПК у больных анемией, можно считать его оптимальным препаратом для лечения различных железодефицитных состояний.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧКО У ДЕТЕЙ

Каримов Д.К.

Кафедра детской хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. До настоящего времени не существует единого мнения относительно тактики при острых заболеваниях органов мошонки у детей. Острые заболевания яичка, придатка и семенного канатика представляют собой одну из самых опасных ситуаций для ребенка мужского пола.

Объединение всех острых заболеваний органов мошонки единым термином ОЗОМ объясняется схожестью их клинической картины в течение первых 6-12 часов и трудностью дифференциальной диагностики.

Таким образом, представляет интерес изучение вопросов ультразвуковой диагностики острых заболеваний яичка и разработка дифференцированного подхода к лечению детей с данной нозологией.

Цель исследования. Дать оценку современным методам диагностики, тактике и отдаленным результатам хирургического лечения ОЗЯ у детей и разработать патогенетические обоснованные подходы к лечению подобного контингента больных.

Материалы и методы исследования. Нами изучены результаты хирургического лечения в отдаленном периоде у 18 больных, перенесших операцию по поводу перекрута яичек в детстве и достигших к моменту обследования 16-летнего возраста, и 7 больных находились в детском возрасте. Все они были обследованы в сроки от 5 до 12 лет после оперативного лечения. Для оценки нарушений функции яичек в отдаленные сроки больные были разбиты на 5 групп в зависимости от времени поступления от начала заболевания.

Результаты исследования Катамнестическое ультразвуковое исследование в отдаленные сроки после перекрута яичка было проведено нами у 11 пациентов по данным гормонального обследования больных,

которому подвергались пациенты с наиболее низкими показателями гормональной активности. При осмотре оценивались внешний вид, симметричность мошонки, пальпаторно – размеры, форма, консистенция яичка в сравнении с контралатеральным. Учитывая субъективность и неточность клинических данных, изучаемых при осмотре и пальпации, основные данные для оценки результатов лечения перекрута яичка были получены при УЗИ. Основные изменения были отражены в размерах, объеме яичка – наличии и степени атрофии.

Полученные данные распределились следующим образом: размеры и объем яичка после перекрута были симметричны контралатеральному и соответствовали возрастной норме у троих пациентов (27 %). Снижение объема яичка по отношению к объему здорового яичка до двух раз было выявлено у 4 больных (36 %). Такое снижение расценивается как атрофия 1 степени. Снижение объема тестикулярной ткани после перекрута у 4 пациентов (36%) более чем в два раза по сравнению с контралатеральным трактовалось нами как наиболее выраженная атрофия 2 степени.

При описании атрофированного яичка кроме резкого уменьшения линейных размеров отмечалось изменение формы яичка. Оно было более вытянутым, плоским, с выраженным уменьшением переднезаднего размера. Отмечались неровные контуры. Эхогенность атрофированного яичка была снижена, диффузно неоднородна за счет участков повышения и понижения эхогенности. При атрофии 2 степени эхографически паренхима яичка не дифференцировалась. В некоторых случаях была видна гиперэхогенная полоска средостения в центре яичка.

Анализ и сопоставление сроков заболевания, степени перекрута с полученными отдаленными результатами подтвердил зависимость необратимого поражения яичка от сроков и степени перекрута. Наиболее выраженная степень атрофии была выявлена у пациентов старшей возрастной группы. Объем тестикул после перекрута в некоторых случаях был меньше объема нормального яичка в 3-4 раза. Возможно, это вызвано не только степенью атрофии ишемизированного органа, но также гипертрофии с ростом контралатерального яичка в период его пубертатного развития.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения детей с острыми заболеваниями яичек, достигших препубертатного и постпубертатного возраста, выявил в 27,3 % случаев различные виды отклонения развития половой системы. Наиболее частыми последствиями перенесенного заболевания была гипоплазия яичка и стойкая сперматопатия.

Из всех перечисленных нозологических форм острых заболеваний яичек наиболее опасными в плане нарушений со стороны эндокринной функции яичек остаются перекруты гидатид и перекруты яичек. Результаты оперативного лечения находятся в обратной зависимости от возраста, времени и степени перекрута. Поэтому ОЗЯ у детей требуют своевременной диагностики и адекватного лечения.

Для определения состояния яичек и придатка нами разработан комплекс диагностических мероприятий, в который входит: клиническое обследование органов мошонки, оценка размеров яичка, УЗИ органов мошонки и простаты и, по возрастным показаниям, определение сексуальной формулы мужчины, морфоспермограмма, исследование секрета простаты, а также дуплексное сканирование яичек, гормональные исследования, клиническая оценка пубертатного периода.

Перенесшие ОЗЯ в детском возрасте требуют катamnестического наблюдения, особенно если не выполняется пункт 2. У детей, достигших препубертатного и пубертатного возраста, для определения состояния яичек необходимо проводить клиническую оценку пубертатного периода (сроки появления вторичных половых признаков и динамика развития яичек, мошонки и полового члена), а также комплекс клинико-лабораторных показателей (УЗИ органов мошонки и простаты, гормональные исследования, доплеровское сканирование кровеносных сосудов семенного канатика. Морфоспермограмма и исследования секрета простаты осуществляются с учетом возрастных показаний).

Реабилитация детей, перенесших острые заболевания органов мошонки, требует организации диспансерного наблюдения педиатром, хирургом, детским андрологом, которые позднее завершаются наблюдениями у взрослых андрологов, урологов и эндокринологов.

Вывод. Выявленные клинико-эхографические особенности течения острых заболеваний яичка позволяют своевременно дифференцировать различные формы заболевания и определить дальнейшую тактику и объем лечения. Предлагаемый лечебно-диагностический алгоритм позволяет сократить частоту послеоперационных осложнений и повысить эффективность лечения острых заболеваний яичка у детей.

Разработанный способ послеоперационного обезболивания и ведения оперированных больных с острыми заболеваниями яичка благоприятно влияет на процессы обезболивания и улучшения кровообращения в пораженном яичке и дальнейшую реабилитацию больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ

Каримов Д.К.

Кафедра детской хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вопросы эффективности лечения острых заболеваний яичка у детей являются актуальными до настоящего времени. Экстренные операции, предпринимаемые по поводу этих заболеваний, являются вторыми по частоте у детей после аппендэктомий. Отсутствие четких дифференциально-диагностических критериев заболеваний, входящих в понятие синдрома "отечной мошонки" у детей приводит к неблагоприятным исходам хирургического лечения.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики и улучшить результаты лечения острых заболеваний яичка у детей.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач все больные были условно разделены на две группы, группу сравнения составили 142 пациента, лечившиеся в АОМПДБ с 2019 года по 2021 год, в тоже время при лечении больных применялась тактика экстренного хирургического вмешательства при всех острых заболеваниях яичка.

Результаты исследования. УЗИ в комплексе с оценкой клинической картины позволяет объективно определить характер острого поражения яичка и сформулировать показания к оперативному или консервативному методу лечения.

Эхографические симптомы перекрута яичка; увеличение в размерах, округлая форма (яичка, нарушение нормального взаимоотношения структурных единиц мошонки, умеренное утопление жидкости с дисперсной взвесью; при ЦЦК - снижение или отсутствие кровотока в юекции яичка при одновременном усилении в оболочках яичка; спиралевидная деформация семенного канатика, подтверждающаяся прерыванием кровотока при ЦЦК в сосудах канатика.

Подозрением на разрыв яичка является выявление одного из эхосимптомов: скопление свободной жидкости с дисперсной взвесью в полости собственной влагалищной оболочки яичка, локальные изменения яичка в виде неоднородности эхоструктуры и изменения эхогенности паренхимы, нарушения кровотока при ЦЦК; прерывистость контуров яичка.

По данным клинко-эхографической картины возможно дифференцировать осложненное и неосложненное течение перекрута гидатиды яичка, что определяет выбор тактики ведения больного.

Разработанные алгоритмы ведения больных с острыми заболеваниями яичка в зависимости от времени поступления больного в стационар позволяют рационально построить тактику по ведению больного.

Предлагаемый лечебно-диагностический алгоритм позволил сократить количество хирургических вмешательств в основной группе наблюдения до 57,5%, уменьшить количество послеоперационных осложнений и повысить эффективность лечения острых заболеваний яичка у детей,

Вывод. Результаты работы дают основание к внедрению в клиническую практику методом эхографической диагностики острых заболеваний яичка у детей. Разработанные лечебно-диагностические алгоритмы позволяют определить тактику ведения больных, повысить эффективность диагностики острых заболеваний яичка у детей, сократить количество диагностических хирургических вмешательств, уменьшить количество послеоперационных осложнений и повысить эффективность лечения острых заболеваний яичка у детей.

МРТ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Выполнил: Каримов М.У, магистр 3 курса

Научный руководитель: Рашидова Ш.У. - Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Стеноз поясничного отдела позвоночного канала - одна из актуальных проблем спинальной нейрохирургии. Она представляет собой тяжелое заболевание, проявляющееся нейрогенной перемежающейся хромотой, болями в нижних конечностях и пояснице. Частота выявленного поясничного стеноза составляет 5 случаев на 1000 человек. Боли и перемежающаяся хромота часто сопровождаются парезом или пlegией в нижних конечностях, а также выраженными чувствительными нарушениями, что приводит больного к инвалидности. Консервативное лечение поясничного стеноза, широко распространенное в наши дни, дает положительные результаты на ранних стадиях заболевания. Однако после нескольких лет медикаментозной терапии больные часто обращаются за помощью к нейрохирургу.

Несмотря на длительное изучение этого тяжелого заболевания, кардинальные вопросы этиологии и патогенеза развития симптомов остаются нерешенными, а успешные результаты оперативного лечения варьируют в значительном диапазоне от 55% до 96%.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось выявление прогностически важных клинических, рентгенологических и МРТ признаков стеноза поясничного отдела позвоночного канала.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 60 пациентов со стенозом поясничного отдела позвоночника, диагностированных с помощью МРТ, для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. На основании изученного материала выделены 2 клинические формы стеноза поясничного отдела позвоночного канала, основными проявлениями которых явились:

- 1) Нейрогенная перемежающаяся хромота;
- 2) Радикулярный болевой синдром в нижних конечностях.

2. У больных с нейрогенной перемежающейся хромотой, как правило, не отмечается выраженных неврологических нарушений. По данным МРТ у этих больных отмечается значительное сужение центрального позвоночного канала, размеры латерального канала и межпозвонкового отверстия находятся на нижней границе нормы.

При наличии радикулярного болевого синдрома у больных с поясничным стенозом часто выявляются яркие неврологические изменения. На МРТ у этих больных отмечается выраженный стеноз латерального канала и межпозвонкового отверстия. Среднесагиттальный диаметр центрального позвоночного канала изменяется в меньшей степени.

Нейрогенная перемежающаяся хромота возникает при многоуровневом стенозе поясничного отдела позвоночного канала в следствии сосудистых изменений в корешках конского хвоста.

Микрохирургическое вмешательство не всегда позволяет произвести адекватную декомпрессию нервных корешков конского хвоста. В этих случаях следует производить декомпрессионную ламинэктомию или гемиламинэктомию. Поскольку декомпрессионная ламинэктомия в большинстве случаев дестабилизирует позвоночник, ее необходимо комбинировать с транспедикулярной стабилизацией.

Вывод. Разница результатов лечения больных со стенозом поясничного отдела позвоночного канала, показывает важность разделения пациентов на группы с различной клинической симптоматикой.

Данное разделение лежит в основе деления пациентов на группы и является важным моментом в выборе тактики лечения больного и метода хирургического вмешательства, в том числе, показывает возможность выполнения микрохирургической декомпрессии корешков конского хвоста и необходимость дополнительной стабилизации.

На основании сопоставления клинических, рентгенологических и МРТ признаков заболевания возможно прогнозирование результатов хирургического лечения больного с поясничным стенозом.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Выполнил: Каримов М.У, магистр 3 курса

*Научный руководитель: Рашидова Ш.У. - Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на длительное изучение этого тяжелого заболевания, кардинальные вопросы этиологии и патогенеза развития симптомов остаются нерешенными, а успешные результаты оперативного лечения варьируют в значительном диапазоне от 55% до 96%.

Цель исследования. Оптимизировать диагностику стеноза позвоночного канала путем совершенствования диагностических алгоритмов, разработанных на основе результатов комплексного клинико-неврологического, рентгенологического, компьютерно-томографического и магнитно-резонансно-томографического обследования больных.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 60 пациентов со стенозом поясничного отдела позвоночника, диагностированных с помощью МРТ, для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. Стеноз позвоночного канала характеризуется полиморфизмом неврологических синдромов. Так, на шейном уровне доминируют компрессионные радикуломиелоишемии (90,6% случаев), а на поясничном — радикулопатии (46,8% случаев) и радикулоишемии с синдромом каудогенной хромоты (25,5% случаев). Для врожденного стеноза позвоночного канала типичны ремиттирующий многоуровневый характер и доброкачественность развития компрессионных неврологических синдромов.

Наиболее информативными показателями врожденного стеноза позвоночного канала по данным спондилографии являются: дисплазия

ножек и пластин дуг позвонков, уменьшение переднезаднего размера позвоночного канала, а также индекса Чайковского (меньше 1,0) для шейного отдела и индекса Джонс-Томпсона (меньше 0,22) для поясничного отдела позвоночника.

Полиморфизм неврологических синдромов при стенозе позвоночного канала обусловлен полифакторной компрессией корешков, сосудов и спинного мозга на разных уровнях. Грыжи и протрузии дисков в 67% случаев являются причиной стенозов позвоночного канала.

Планиметрические измерения позвоночного канала по данным КТ и МРТ позволяют получить достоверные количественными критерии стеноза и должны быть использованы в дифференциальной диагностике.

При шейной радикуломиелоишемии с синдромом поперечного поражения спинного мозга (11,3% случаев) и синдроме Броун-Секара (3,8% случаев) отмечены наименьшие значения сагиттальных размеров позвоночного канала и коэффициента резервных пространств (0,18 и 0,19). На поясничном уровне наименьший сагиттальный размер позвоночного канала (до $10,9 \pm 0,57$ мм) отмечен при синдроме каудогенной хромоты (25,5% случаев). Размеры межпозвоночного отверстия менее 4 мм являются критическими для развития компрессионных радикулопатий.

Определение качественных и количественных МРТ-параметров позвоночного канала и размеров спинного мозга и его резервных пространств, с учетом многоуровневой компрессии корешков, сосудов и спинного мозга позволяет уточнить алгоритм поэтапной диагностики стеноза позвоночного канала.

Вывод. Ранняя клинико-патогенетическая диагностика стеноза ПК позволяет своевременно определить наиболее значимые механизмы развития различных компрессионных неврологических осложнений.

Разработанные критерии лучевой диагностики стеноза позвоночного канала могут быть использованы при дифференциальной диагностике стенозов и выборе адекватного метода лечения. Предложенный рациональный алгоритм диагностики стенозов ПК на шейном и поясничном уровнях позволяет снизить риск развития компрессионных миелопатий.

БИОЛОГИЧЕСКОЕ СОЗРЕВАНИЕ ШКОЛЬНИЦ – ПОДРОСТКОВ ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

*Каримова К.Д. – студентка 5 курса стоматологического факультета
Научный руководитель: Акбарова Г.Х. ассистент кафедры ФУВ педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Физические упражнения могут продлевать функцию зон роста длинных трубчатых костей (бедр), задерживать срастание эпифизов и диафизов костей и, таким образом, увеличивать рост тела. В то же время интенсивные силовые упражнения способны ускорять процесс окостенения зон роста костей и замедлять их рост в длину. Отмечается влияние физических упражнений на процесс биологического созревания. Спортивная гимнастика, требующая интенсивных скоростно-силовых нагрузок, задерживает половое созревание. С другой стороны, указывается, что относительно медленное половое созревание гимнасток связано с отбором в этот вид спорта девочек с особым соматотипом. Установлено, что более позднее наступление месячных у спортсменок не оказывает отрицательного влияния на процесс созревания и фертильность (способность к деторождению). Приводятся наблюдения о нормализующем влиянии спорта (занятия баскетболом) на половое созревание девочек.

Цель исследования. Наша цель изучить физическую нагрузку различной интенсивности на формирование вторичных половых признаков и гормональный статус девочек в подростковом возрасте. Каждый свойственный данному организму биологический процесс не находится в стационарном состоянии, а колеблется с определенной частотой. По продолжительности различают, например, циркадные циклы, и инфрадианные, типичным примером которых служит менструальный цикл.

Материалы и методы исследования. Нарушений менструальной функции у спортсменок выявляли, применив анкетного опроса которое содержат несколько пунктов и подпунктов где указывается паспортные данные, антропометрические показатели с учетом антропометрических индексов, сведения о менструальном цикле. Из 135 спортсменок в возрасте 13-16 лет занимающихся с различными видами спорта (гимнастика, ручной мяч, плавания, баскетбол, волейбол) - спортивных гимнасток отмечены нарушения менструальной функции в 86,7 % (аменорея первичная или вторичная, нерегулярные), в плавания - в 57,1 %. Изменяется и общее состояние на протяжении менструального цикла. В большом проценте случаев спортсменки указывают на увеличение раздражительности в предменструальной (45 %) и менструальной (36 %) фазе. В эти фазы девушки отмечают повышение утомляемости в 46,5 % и 58 % (соответственно). У девочек в процессе полового созревания продолжают формироваться, вторичные половые признаки и наиболее четким показателем наступления половой зрелости является, возраст наступления первой менструации - менархе. Специалисты считают задержку менархе как показатель задержки полового развития. Изучив, вторичных половых признаков по Теннеру можно оценить, задержка полового развития девочек спортсменок. Недоразвитие или отсутствие вторичных половых признаков (лобкового и подмышечного оволосения, развитие молочных желез) в 13-14 лет и отсутствие менструации в 15-16 лет следует рассматривать как задержку полового развития.

Результаты исследования. По мнению специалистов, в области детской и подростковой гинекологии, особого внимания заслуживают формы задержки полового развития без внешних признаков нарушений. Клинический опыт показывает, что именно этому контингенту девушек обычно предлагают «подождать» с обследованием и лечением до 18-20 лет, что нередко приводит к запоздалой диагностике причин задержки полового развития, требующих своевременной коррекции еще в период созревания. Во всем мире проблеме задержки полового развития придается большое значение,

Выводы. 1. Физические упражнения оказывают положительное влияние на все основные системы организма и тем самым способствуют укреплению здоровья. 2. Наряду с благоприятным действием на здоровье человека физические упражнения при несоблюдении требований занятием спорта могут принести вред.

О САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

*Каримова К.Д. – студентка 5 курса стоматологического факультета
Научный руководитель: Акбарова Г.Х. ассистент кафедры ФУВ педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Сахарный диабет - заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина, и характеризуется грубым нарушением обмена углеводов с избыточным образованием сахара в крови и глюкозурией, а также другими нарушениями обмена веществ.

Цель исследования. Причинами могут быть: наследственное предрасположение, аутоиммунные, сосудистые нарушения, ожирение, психические и физические травмы, вирусные инфекции.

Материалы и методы исследования. При абсолютной недостаточности инсулина снижается уровень инсулина в крови. Недостаточность инсулина приводит к нарушению углеводного, жирового белкового обмена. Снижается проницаемость для глюкозы клеточных мембран в жировой и мышечной ткани. Снижается образование и усиливается распад жиров, что приводит к повышению в крови уровня кетоновых тел. Это вызывает сдвиг кислотно – щелочного состояния в сторону ацидоза, способствует повышенной экскреции ионов калия, натрия, магния с мочой, нарушает функцию почек.

Результаты исследования. Наблюдается усиленный синтез холестерина. Снижается синтез белка, в том числе и антител, что приводит к уменьшению сопротивляемости инфекциям. Значительная потеря жидкости вследствие полиурии приводит к обезвоживанию организма. Усиливается выделение из организма калия, хлоридов, азота, фосфора, кальция. Основные симптомы: сухость во рту, жажда, полиурия, похудание, слабость, снижение трудоспособности, повышенный аппетит, кожный зуд, зуд в промежности, пиодермия, фурункулез.

Выводы. Часто наблюдается головная боль, нарушение сна, раздражительность, боль в области сердца, в икроножных мышцах. В связи со снижением резистентности у больных сахарным диабетом часто развивается туберкулез, воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей (пиелонефрит).

ЧЕСНОК НА СЛУЖБЕ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА

*Каримова К.Д. – студентка 5 курса стоматологического факультета
Научный руководитель: Акбарова Г.Х. - ассистент кафедры ФУВ педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Чеснок - это полезный для вашего здоровья продукт. Он является натуральным продуктом содержащим высоко концентрированным полезным для здоровья препаратов.

Цель исследования. Замедляет развитие раковых опухолей - чеснок является хорошим антиоксидантом. Он способен препятствовать развитию рака молочной железы, замедляет развитие рака печени. Кроме того, снижает содержание желудочной кислоты, снижает риск заболевания раком желудочно-кишечного тракта, способствует улучшению секреции желудочно-кишечного тракта, убивает микробы.

Материалы и методы исследования. Обладает иммуно-регулирующим действием, чеснок повышает способность поглощения раковых клеток. Регулирует уровень липидов. Чеснок необходимо применять людям, страдающим заболеваниями сердечно – сосудистой системы. Он способствует снижению уровня холестерина, стимулирует кровообращение, предупреждает появление тромбов, высокого кровяного давления. Облегчает течение атеросклероза. Чеснок способен сдерживать развития атеросклероза. Понижает уровень глюкозы в крови. Чеснок понижает уровень глюкозы в крови стимулирует выделение инсулина. Предупреждает возникновение сердечно-сосудистых заболеваний чеснок способен понижать уровень липидов, снижать вязкость крови. Способствует излечению от атеросклероза сосудов мозга и сердца, снижает риск образования тромбов.

Результаты исследования. Укрепляет иммунную систему. Эфирные масла, содержащиеся в чесноке, значительно повышает иммунитет. Эффективно противостоит преждевременному старению

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

организма. Чеснок содержит: протеины, жиры, сахараиды, витамины и минералы. Он обладает действием, замедляющий возрастные изменения кровяных элементов и снижения иммунитета. Имеющие в чесноке, антиокислитель защищает клетки сосудов, тем самым сдерживает процессы старения.

Вывод. Эфирные масла чеснока обладают защитным действием, а также, повышают способность печени выводить токсины. Чеснок стимулирует желудочную секрецию, усвоение витамина возбуждающим и контролирующим секрецию гипофиза, чеснок улучшает аппетит, чеснок способен защитить от радиоактивных веществ, вредных для человека.

ПЕЧЕНЬ - С ЧЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЕГО НАРУШЕНИЯ ?

*Каримова К.Д. – студентка 5 курса стоматологического факультета
Научный руководитель: Акбарова Г.Х. - ассистент кафедры ФУВ педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Печень - самый большой паренхиматозный орган человеческого организма, он состоит из 300 миллиардов печеночных клеток (гепатоцитов), в этих клетках содержится более 2000 видов биоэнзимов (ферментов), которые служат передатчиками всех биохимических реакций в организме, и участвуют в разных видах жизнедеятельности организма. Поэтому печень называют «комплексной химфабрикой» организма.

Цель исследования. Метаболическая функция. Печень участвует в процессе сахарного, белкового, жирового обмена. Выработка выделения желчи. Гепатоциты вырабатывают и выделяют желчь, затем через желчные протоки проводят ее концентрацию. Ежедневно печень вырабатывает 800 – 1000 мг желчи. Желчь помогает перевариванию жиров в тонкой кишке.

Материалы и методы исследования. Дезинтоксикационные действия. В процессе метаболизма в организме человека выделяются токсины, продукты распада, которые обезвреживаются печенью. Это происходит в результате окисления, восстановления, метилирования или конденсации с другой органической или неорганической молекулой. Влияние на свертываемость крови. Все имеющиеся факторы, влияющие на свертываемость крови, вырабатываются печенью, которая участвует в работе коагулятивной и антикоагулятивной системы.

Результаты исследования. Проявления дисфункций печени при заболевании печени нарушается выработка желчи, что приводит к снижению аппетита, тошноте, рвоте, поврежденные клетки печени приводят к повышению сывороточной аминотрансферазы, что влечет за собой снижение сил, быстрой утомляемости, сонливости; нарушение обмена желчного пигмента вызывает желтуху; нарушение сахарного обмена приводят к изменению количества липидов в крови, к образованию холестерина и снижению эстерификационной функции; нарушение жирового обмена - ожирению печени; нарушение витаминного обмена - куриной слепоте, отекам, остеопорозу; кровоточивости десен, кровотечениям из носа; нарушение гормонального обмена - снижению сексуальной функции, нарушению менструального цикла, расширению кожных артериол.

Выводы. Печень обладает кроветворной функцией, отвечает за свертываемость крови. Иммунная функция. Печень фагоцитирует, устраняет все появившиеся имеющиеся в организме вредные вещества, тем самым она неразрывно связана с иммунной системой. Другие функции. Регуляция объема крови организма, регуляции гидро электролитного процесса, который вызывает появление отеков.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТОКСИКОДЕРМИЯ (ИЗ ПРАКТИКИ СВ)

*Каримова К.Д. – студентка 5 курса стоматологического факультета
Научный руководитель: Акбарова Г.Х. ассистент кафедры ФУВ педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. С прогрессом фармацевтической науки, созданием новых лекарственных препаратов, к сожалению, увеличивается и количество лиц, у которых лекарства вызывают побочные явления и прежде всего со стороны кожи.

Цель исследования. Своевременная диагностика этих состояний и быстрое выведение препарата из организма предотвращает развитие тяжелых форм токсидермии.

Материалы и методы исследования. Существуют две основные формы лекарственной токсидермии – ограниченная, или фиксированная, и более тяжелая – генерализованная. Первая протекает обычно без общих проявлений и характеризуется появлением нескольких круглых розовато-синюшных, слегка отечных пятен до 5 см. в диаметре, в центре которых часто формируется пузырь. Обычно локализацией таких высыпаний являются слизистая оболочка полости рта, кожа гениталий, перианальная область, но высыпания могут появиться на любом участке кожи. Они возникают после каждого приема непереносимого больным медикамента и в обязательном порядке на тех местах, где уже появилось в

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

прошлом, причем с каждым разом количество элементов увеличивается. Их появлению предшествует чувство жжения. При непереносимости нескольких медикаментов каждому препарату могут соответствовать «свои» высыпания. Чаще всего такая фиксированная медикаментозная эритема вызывается анальгином, барбитуратами, сульфаниламидами, витаминами группы В, пиковит, цинепар и др.

Результаты исследования. Тяжесть течения генерализованной токсидермии зависит от превалирования токсического или алергизирующего побочного действия медикамента и чувствительности организма больного. Такие токсидермии проявляются в виде сыпей, напоминающих таковые при детских инфекциях (корь, краснуха, скарлатина), или по типу известных дерматозов, таких, как крапивница, красный плоский лишай (лихеноидная реакция), васкулиты, многоформная экссудативная эритема, красная волчанка. Наиболее тяжелой формой такой токсидермии является синдром Лайела. Токсидермии нередко сопровождаются общими проявлениями, в том числе лихорадкой, болями в суставах, мышцах, недомоганием и др. Причинами медикаментозных генерализованных токсидермий чаще всего является антибиотики, сульфаниамиды, анальгетики, противотуберкулезные препараты, инфузионные растворы - инфузол, метрит.

Выводы. Следует учитывать возможность парадоксальных реакций на медикаменты, так например аллергические высыпания могут вызывать кортикостероиды, антигистаминные препараты.

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИЕЙ САЛЬБУТАМОЛ

*Каримова К.Д. – студентка 5 курса стоматологического факультета
Научный руководитель: Акбарова Г.Х. ассистент кафедры ФУВ педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных заболеваний человека, которое поражает 8 - 12% населения планеты. Считается, что оптимальной ингаляционной техникой доставки лекарственных препаратов, в частности β-агонистов, при обострении бронхиальной астмы является использование дозированных аэрозольных ингаляторов либо небулайзеров.

Цель исследования. Применение последних имеет значительное преимущество при лечении тяжелой бронхиальной патологии, а также в тех случаях, когда надо быстро оказать помощь.

Материалы и методы исследования. Основными бронхолитическими препаратами при терапии бронхиальной астмы являются β-агонисты, в частности 0,1%-й раствор сальбутамола (0,1%-й раствор сальбутамола гемисукцината). Обычно сальбутамол назначают через небулайзер, эффект наступает через 15-20 мин. При необходимости через 30-60 мин можно повторить ингаляцию. Конечной точкой применения небулайзерной терапии является достижение максимального лечебного эффекта при бронхо спазме.

Результаты исследования. Оценка эффективности небулайзерной терапии при обострении бронхиальной астмы в пульмонологии клинической больницы г.Андижана. Использовался 0,1%-й раствор сальбутамола в дозе 2-3 мл на ингаляцию. Процедуры назначались ежедневно 1-3 раза в сутки в течение 5-6 дней. При этом достигалась быстрая бронходилатация и свободное отхождение мокроты. Терапия проводилась 30 больным бронхиальной астмой среднего и тяжелого течения согласно критериям, GINA и Национального консенсуса. При применении этого метода наблюдалось значительное улучшение состояния по сравнению с больными, которым не проводилась небулайзерная терапия 0,1%-м раствором сальбутамола. Так, при лечении бронхиальной астмы с помощью небулайзерной терапии улучшился на 10-20%. Срок пребывания больных в стационаре сократился в среднем с 10 до 15 дней.

Выводы. Таким образом, применение небулайзерной терапии в виде ингаляций 0,1%-м раствором сальбутамола значительно улучшает состояние пациентов как субъективно, так и по клинико-лабораторным показателям, сокращает их пребывание в стационаре, что выражается в положительном экономическом эффекте.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

*Каримова К.Д. – студентка 5 курса стоматологического факультета
Научный руководитель: Акбарова Г.Х. ассистент кафедры ФУВ педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Не смотря на снижения на 50 % частоты заболевания за последние 30 лет рак шейки матки представляет одну из основных причин смерти от болезней злокачественного роста.

Цель исследования. Снижение летальности при раке шейки матки обусловлено внедрением в диагностику дисплазии и исследования по Папаникалау (Пап- мазок). Инвазивный рак чаще наблюдают у больных в возрасте 45 – 55 лет с низким социально – экономическим статусом. Развитие рака шейки

матки раннее начало половой жизни, большое число сексуальных партнеров, первая беременность в раннем возрасте, венерические болезни в анамнезе, применение пероральных контрацептивов.

Материалы и методы исследования. В последние десятилетия благодаря широкому использованию цитологического исследования мазков с шейки матки и своевременной диагностике дисплазии распространенность рака шейки матки значительно снизилась. Эта опухоль чаще поражает женщин детородного возраста, среди беременных распространенность составляет 1: 2500. Беременность не влияет на рост опухоли. Прогноз такой же, как у небеременных. Пап - мазок эффективный метод обнаружения раннего рака чувствительность 90-95 %. С профилактической целью женщинам старше 20 лет необходимо один раз в год делать Пап – мазки; если результат отрицателен, то мазки повторяют один раз в 3 года до возраста 65 лет.

Результаты исследования. Кровотечение, воспалительные реакции например при грибковых заболеваниях и инвазивный рак могут привести к ложноотрицательным результатам исследования мазков. При обнаружении патологических изменений эпителия в Пап- мазках следуют провести биопсию шейки матки. Рак шейки матки необходимо исключить во всех случаях кровянистых выделений из половых путей, прежде всего контактных. При видимых глазом изменениях шейки матки необходима биопсия независимо от результатов исследования Пап- мазков. Основу диагностики составляют биопсия, частичное расширение шейки и выскабливание эндометрия, щёточная биопсия эндометрия и другие методы. Обследования до лечения включают обычно анализы крови, мочи, рентгенографию грудной клетки и особенно гистероскопию и гистерографию.

Выводы. Таким образом, при родо разрешение через естественные родовые пути у беременных с раком шейки матки териотически повышается риск кровотечения и лимфогенного метастазирования, но исследований по этому вопросу очень мало. При стадиях 1-б и 2-а и сроке беременности менее 20 недель показана лучевая терапия, обычно вызывает самопроизвольный аборт или операция Вертгейма плод удаляют вместе с маткой или извлекают перед ее экстирпацией. При сроке более 20 недель беременность можно сохранить. При доношенной беременности производят кесерово сечения с последующей операций Вертгейма. На втором этапе проводят лучевую терапию. При стадиях 2-б -3-б назначают лучевую терапию. Если срок беременности более 24 недель, перед началом лучевой терапии производят кесерово сечение. Лечебную мероприятию включают хирургическую операцию, облучения, гормональную терапию и иногда химиотерапию.

ОСНОВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДА

*Каримова К.Д. – студентка 5 курса стоматологического факультета
Научный руководитель: Акбарова Г.Х. ассистент кафедры ФУВ педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Необходимо своевременное выявление лиц повышенного суицидального риска с учетом факторов и степени риска, оказать помощь суицидальному человеку, используя поддержку других лиц (родители, друзья, знакомые).

Цель исследования. Обсудить с пациентом выход из ситуации без суицида в случае, когда он способен контролировать свои действия. При отсутствии серьезных психических нарушений или отчетливых суицидальных намерений, семейного врача может назначить и организовать фармакологическое лечение. Организовать проведение психотерапии с привлечением медицинского психолога или психотерапевта. При подозрении на психическое заболевание и при отчетливых суицидальных намерениях, направить на консультацию к психиатру.

Материалы и методы исследования. Приняв решение, что пациент нуждается в неотложной консультации психиатра, врач общего профиля должен: объяснить пациенту причину необходимости консультации, успокоить его относительно возможных социальных последствий лечения у психиатра и побочного действия психотропных препаратов, пояснить, что медикаментозное лечение и психотерапия являются эффективными, подчеркнуть, что направление на консультацию не означает, что семейный врач «отказывается» от пациента.

Договориться с психиатром о назначении времени консультации, назначить пациенту время встречи после консультации у психиатра, обеспечить продолжение контакта с ним и членами его семьи.

Результаты исследования. Необходимо госпитализировать пациента в следующих случаях: устойчивые мысли о самоубийстве, высокий уровень решимости умереть в ближайшем будущем (в течение нескольких часов или дней), беспокойство или паника, существование плана, в котором используется насильственный и высоко летальный метод.

Выводы. Правила госпитализации пациента: 1. Не оставлять пациента одного; 2. Организовать госпитализацию; 3. Организовать перевозку пациента в больницу бригадой «Скорой помощи» или милицейским транспортом; 4. Информировать о госпитализации соответствующие инстанции и семью пациента.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Каримова К.Д. – студентка 5 курса стоматологического факультета
Научный руководитель: Акбарова Г.Х. - ассистент кафедры ФУВ педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. На фоне глобальных экологических изменений широкого применения иммунных, антибактериальных и прочих лекарственных препаратов, частых нарушений адаптационных процессов (болезни адаптации), постоянного стресса, повышения уровня образованности и культуры населения многие давно известные заболевания человека изменили свою клиническую картину.

Цель исследования. Некоторые симптомы практически перестали встречаться, другие наоборот, стали выходить на первый план. Это относится и к заболеваниям, вызываемым гельминтами. Самой большой проблемой, связанной с паразитарными заболеваниями, являются не трудности в лечении, а недостатки в их клинической и лабораторной диагностике.

Материалы и методы исследования. Биологическим материалом для исследований на наличие гельминтов, их фрагментов, личинок и яиц служат кал, моча дуоденальное содержимое, мокрота, ректальная и пери анальная слизь, кровь, мышечная ткань. Чаще всего объектом исследования являются фекалии, но по последним данным результативность данного анализа равна всего лишь 12 -20 % анализ крови из вены и выявление антител к возбудителям намного точнее (65- 95%). При этом гельминтозы относятся к тем заболеваниям, которые трудно диагностировать в связи с объективными трудностями (длительные периоды отсутствия яйцекладки, возможность отсутствия среди паразитирующих особей самок, вероятность технических ошибок).

Результаты исследования. Гельминты для поддержания своей жизнедеятельности размножения пожирают пищевые ресурсы человека, необходимые для нормального функционирования органов и систем. В процессе жизнедеятельности червей в организме «хозяина» нарушается всасывание микроэлементов, витаминов, а также биологически активных веществ, которые необходимы для здоровой и полноценной жизни человека. Не эффективен также дополнительный прием препаратов содержащих комплекс витаминов и минералов с целью компенсации и их в организме человека, так как эти пищевые ресурсы также поглощаются гельминтами. С целью оценить клиническую картину при гельминтозах проанализированы основные симптомы, связанные с дефицитом макро и микроэлементов.

Выводы. Прежде чем вы отправитесь в поликлинику на обследование - пройдите для себя небольшой тест: Чем больше ответов «Да» тем выше вероятность заражения глистами гельминтами. Все время чувствуете усталость? Часто болит или кружится голова? С аппетитом: то его нет совсем то вдруг, то вдруг страшно хочется есть? Подташнивает? Зуд в области заднего прохода? Ограниченные бледные пятна на коже и ногтях? У Вас бледная кожа, низкий гемоглобин? Выделяется много слюни особенно ночью? Болят мышцы и суставы? Сыпь и дискомфорт в животе, тяжесть и покалывание в правом боку, метеоризм, запоры или не устойчивый стул? Аллергические реакции, бронхиальной астмы, зудящая сыпь на коже? Не вылезаете из простуд? Глаза постоянно болят, слезятся, их белки (склеры) желтоватый оттенком? Вы постоянно раздражены, напряжены, угнетены? Мучает бессонница с частыми пробуждениями, между 2 – 3 часами ночи? Для женщин: Вы никак не можете забеременеть? У вас проблемы с весом – не удается сбросить его или набрать?

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ КОЖНО-РЕЗОРБТИВНОГО И МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА

Касимов Н.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. 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. Изучить местно-раздражающее и кожно-резорбтивное действие отечественного углеродного сорбента в эксперименте.

Материал и методы. Исследования кожно-резорбтивного действия препарата проводили на 6 белых крысах с массой тела 190-200 гр., которых фиксировали в специальных станках, хвосты животных погружали в пробирки с исследуемым препаратом на 2/3 длины хвоста. Пробирки помещали в водяную баню с температурой 28-32° С. Время экспозиции 4 часа. После окончания эксперимента кожу хвостов обмывали теплой водой с мылом. За животными проводили наблюдение в течение 3-х недель.

Критериями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела. Изучение местно-раздражающего действия на кожу. Исследования проведены на 6 белых крысах-самцах с массой тела 200-230 грамм и 5 кроликах-альбиносах с массой тела от 2,0 до 2,5 кг. На выстриженный участок кожи животных площадью 15x10 см аппликацию исследуемого вещества в виде геля наносили на участок размером 2x2 см, по обоим бокам, сверху покрывали 4-слойной салфеткой и перевязывали. Контролем служили выстриженные участки, на которые наносили дистиллированную воду в том же объеме. Животных фиксировали в течении 4-х часов. Реакция кожи регистрировалась по окончании экспозиции через 1 и 16 часов после аппликации.

Результаты. Проведенные исследования показали, что за время наблюдения 3-х недель симптомов интоксикации у опытных животных и их гибели не выявлено животные оставались активным, охотно поедали корм, адекватно реагировали на внешние раздражители. При однократном нанесении на кожу белых крыс на выстриженный участок исследуемого вещества установлено, что углеродный нанопористый гемосорбент не вызывает раздражения кожных покровов, покраснения, отека или других видимых изменений на коже.

Заключения. Таким образом, углеродный нанопористый гемосорбент не обладает местно-раздражающим и кожно-резорбтивным воздействием.

ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА

Касимов Н.А

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени
академика В.Вахидова*

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На современном этапе развития гепатологии перспективными остаются исследования, направленные на совершенствование технологий экстракорпоральной детоксикации, в частности, разработку новых гемосорбентов высокого качества на основе специальных видов сырья и технологий, позволяющих улучшить качество удаления токсических метаболитов и снизить риск развития или прогрессирования заболеваний.

Цель исследования. Изучить токсичность при внутрижелудочном введение нанопористого углеродного сорбента в эксперименте.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 42 белых лабораторных крысах породы «Вистар», которые осуществлялись на базе ГУ «РСНПМЦХ» имени акад. В.Вахидова, отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Острую токсичность при внутрижелудочном введении препарата изучали на 42 белых крысах-самцах с массой тела 190-240 г. Экспериментальные животные содержались в одинаковых условиях вивария и на сбалансированном по содержанию белков, жиров и углеводов рационе питания со свободным доступом к воде и пище. Животные были разделены на 7 групп по 6 особей в каждой. Животным 6 опытных групп натошак вводили физиологический раствор (в котором в течение 2 суток выдерживали испытуемый угольный нанопористый сорбент) в желудок при помощи шприца с металлическим зондом в дозах: 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг массы тела. Изучаемые дозы сорбента вводили через 3- и 4- часовым интервалом в течение суток. Животные находились под наблюдением в течение первого дня и на протяжении 2-3 недель эксперимента. 7-ая группа животных служила контролем.

Результаты исследования. 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. Определена максимально-переносимая доза имплантата на уровне 7500 мг/кг.

Заключение. Таким образом, экспериментальные исследования показали, что при внутрижелудочном введении нанопористого углеродного гемосорбента не обладает токсичным воздействием, не вызывает интоксикацию и гибель животных.

ОЦЕНКА ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА

Касимов Н.А

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время для проведения гемо- и плазмасорбции широко используются макро- и микропористые углеродные, углеродно-минеральные и иммуносорбенты, которые должны отвечать всем требованиям.

Цель исследования. Изучить токсичность при внутрибрюшинном введении углеродного нанопористого сорбента.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на белых лабораторных крысах породы «Вистар», которые осуществлялись на базе ГУ «РСНПМЦХ» имени акад. В.Вахидова отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Острую токсичность при внутрибрюшинном введении препарата изучали на 30 белых крысах самцах массой тела 200-240 г. Стерильный сорбент углеродного нанопористого гемосорбента животным вводили внутрибрюшинно в дозах 5000, 5500, 6000, 6500 и 7000 мг/кг. Наблюдение за животным проводилось в течение 14 суток. Животных разделили на 5 групп по 6 особей в каждой. Для определения параметров острой токсичности был использован метод Литчфилда и Уилкоксона.

Результаты исследования. Экспериментальные исследования показали, что при однократном внутрибрюшинном введении препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500 и 7000 мг/кг через 24 часа у крыс отмечены признаки угнетения центральной нервной системы, отказ от корма и воды. В 1 группе животных, получавших дозу 5000 мг/кг, отсутствовали признаки интоксикации. К исходу 2-х суток во 2 группе после введения дозы 5500 мг/кг отмечена гибель одной крысы из шести, в 3-ей и 4-ой группах (дозы 6000 и 6500 мг/кг соответственно) погибли по две, а в 5-ой группе (дозы 7000 мг/кг) погибли четыре. По результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении летальной дозы (50% подопытных животных) углеродного нанопористого гемосорбента составило 6654,0 (6005,8+7302,2) мг/кг.

Заключение. Таким образом, летальная доза подопытных животных по результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении установлено на уровне 6654,0 мг/кг и препарат относится к 4 классу опасности-практически нетоксичным веществам.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Каспарова Г.А. – студентка лечебного факультета

Научный руководитель: Махматмурадова Н.Н. – ассистент кафедры внутренней медицины №4 Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В связи с распространением коронавирусной инфекции, резко возрос интерес ряда исследователей к проблеме диагностики и лечения заболеваний органов дыхания.

Цель исследования – определить клиническую характеристику неспецифической интерстициальной пневмонии.

Материал и методы исследования. В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 20 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2019-2020 гг. Проведены исследования с применением рентгенографии органов грудной клетки, спирометрии, компьютерной томографии, эхокардиографии.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют о том, что в последнее время увеличилось число пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией (в 2019 г. – 8 (36,4%), в 2020 г. – 14 (63,6%)). При исследовании в гендерном аспекте отмечалось явное преобладание у женщин 16 (72,7%), а у мужчин 6 (27,3%). В возрастном аспекте отмечалось варьирование от 31 до 70 лет, с преобладанием в промежутке 35-42 лет. У всех пациентов клинически всегда определялась одышка, также отмечалась слабость (86%), малопродуктивный кашель (78%), дискомфорт за грудиной (73%), лихорадка (41%), акропахия (33%). При этом до 3-х месяцев диагноз заподозрен лишь у 4 (18%) больных, которые были госпитализированы из-за лихорадки в сочетании с выраженной дыхательной недостаточностью. В этих случаях всем больным был выставлен диагноз «Двусторонняя пневмония», с назначением 2-3 курсов антибактериальной терапии. При рентгенологической диагностике на компьютерной томограмме выявлялась картина инфильтрации по типу «матового стекла». Также необходимо отметить, что чаще выявлялись обычная и неспецифическая интерстициальная пневмония.

При компьютерной томографии можно выявлять детали, которые невозможно определить рентгенологическим обследованием.

Обычно подобная патология у пациентов диагностировалась через несколько лет после обращения в амбулаторные учреждения, где в основном они жаловались на дыхательную недостаточность. При повторных обращениях в эти учреждения, им диагностировалась «Хроническая обструктивная болезнь легких», соответственно назначалось лечение, но существенного улучшения не наблюдалось. А при госпитализации в стационар, клинические и спирографические признаки бронхиальной обструкции не выявлялись, но обнаружены тяжелые рестриктивные нарушения – жизненная емкость легких – 48%, индекс Тиффно 112%. В большинстве случаев наблюдалась акропахия. При аускультации в легких – двухсторонняя конечно-инспираторная базальная крепитация. Необходимо отметить, что у врачей амбулаторных учреждений диагностические ошибки заключаются в том, что часто наличие в анамнезе длительного курения воспринимается ими как повод для диагностирования «Хронической обструктивной болезни легких», хотя обструкции бронхов как таковой не отмечается.

Выводы. Следовательно, полученные данные свидетельствуют об увеличении пациентов с интерстициальными заболеваниями легких, наблюдающихся чаще у женщин работоспособного возраста, с преобладанием в клинике одышки, слабости, кашля и др. При этом важно применение визуализирующих технологий. Рекомендуется консультация врача-пульмонолога при ведении пациентов с ревматическими заболеваниями.

РОЛЬ СКРЕНИНГОВЫХ ЦЕНТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВРОЖДЁННЫХ АНОМАЛИЙ

Кенжаева.Х.Ш.- студентка

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Кафедра «Нормальная и топографическая анатомия»*

Цель исследования – анализ врождённых аномалий выявленных за 2019 год в Ферганской области.

Источники и методы. Обоснована на статистических сведениях управления Ферганского областного здравоохранения.

Результаты. Среди населения Ферганской области за 2019 год было определена 3623.3 случаев. Из всего зарегистрированных 14420 случаев, у 2495 выявлено в первые, а у 8057 больные стоят на учёте.

В настоящие дни 5% новорождённые рождаются с наследственными заболеваниями. Наследственные заболевания делятся на 2 вида: заболевания генов и хромосом. Есть возможность раннего диагностирования хромосомных заболеваний с помощью исследований в скрининговых центрах, но генные заболевания в том числе фенилкетонурия, дльтонизм, гемофилия другие заболевания невозможно диагностировать заранее, так как эти заболевания развивается из за изменений нуклеотидов в ДНК. Это проявляется в следующих поколениях, в виде наследственных заболеваний.

К хромосомным заболеваниям можно отнести следующие заболевания: Даун Эдварс Патау Шершевский-Тернер Клайнфельтер Х-трисомия. Они развиваются из за количественных изменений хромосом то есть из- за уменьшения или повышения чисел тельных и половых хромосом.

Причиной развития наследственных заболеваний является воздействие радиоактивных лучей и химических веществ во время беременности. Кроме этого к врождённым аномалиям можно отнести развивающиеся по всяким причинам пороков сердца, микроцефалию, гидроцефалию и тд.

Скрининг- массовое обследование групп населения (беременных новорожденных) направленное на выявление больных и носителей мутантного гена с целью предупреждения рождения ранней диагностики эффективного лечения и профилактики тяжелых осложнений определенных заболеваний. Массовый скрининговый метод выявления наследственных заболеваний является одним из эффективных подходов в доклинической диагностике и возможности нормокопирования фенотипа. Просеивающие программы не позволяют окончательно поставить диагноз а только выявляют предположительно больных людей. Уточнение диагноза требует их повторного подтверждающего обследования. По заключению ВОЗ скрининг является начальным этапом в целом комплексе дальнейших диагностических и лечебных мероприятий необходимых для коррекции состояния здоровья людей страдающих тестируемым заболеванием. Требования к программам неонатального скрининга на наследственные болезни.

Для проведения скрининга забор крови у новорожденных производят на 4-день жизни (у недоношенных на 7-й день) используют образец крови взятый из пятки ребёнка в виде капель наносят на специальную фильтровальную бумагу. Все исследования выполняются в лабораториях медико-генетических консультаций или центров. Врожденный гипотиреоз не относится к наследственным болезням но возникает у ребенка в периоде внутриутробного развития из за поражения щитовидной железы в частности недостаточности тиреотропного гормона и др. Ведущая причина изменения функции щитовидной железы – это воспалительные изменения а ней дефекты в зародышевых листках, применение беременной повышенных доз тиреостатических препаратов. При дефиците продуктов железы снижаются окислительные процессы во всех видах обмена веществ, что ведет к значительному нервно психическому и физическому развитию ребенка. При врожденном гипотиреозе различают три формы: легкую, среднетяжелую и тяжелую. Последняя (микседема) регистрируется сразу после рождения ребенка – слизистый отек брадикардия запоры большой вес вялость сонливость отличают больного ребёнка от него сверстников. При отсутствии лечения

прогрессирует отставание психического и физического развития. Чаще врожденный гипотериоз манифестирует особенно при естественном вскармливании на 4–6–м месяце жизни. До этого времени тиреотропные гормоны ребенок получает с молоком матери. Со временем их не хватает организму и у больного регистрируют тяжелые соматические и неврологические симптомы дети начинают резко отставать в росте весе психическом развитии. Больные вяло реагируют на окружающее, перестают узнавать родителей. Голос низкий «каркающий». Самое важное то, что применением гормонов щитовидной железы в частности тироксина предотвратить развитие инвалидизирующей симптоматики и изменить состояние больного в лучшую сторону.

В настоящее время для определения наследственности заболеваний проводится клинко генеологические исследования для этого составляется и анализируется генеологическое дерево трёх поколений пробанда.

По сведениям скринингового центра Ферганского города за период 10 месяцев 2019 года при исследований беременных направленных из 7 семейных поликлиник было выявлено следующее: всего 4790 стоящих на «Д» учёте. Было исследовано беременные женщины со сроком беременности 14 недель-12 14-20 недель-2761 свыше 20 недель-16 всего: 2789. В результате наблюдений определено у беременных со сроком 14 недель-4, 14-20 недель 22 свыше 20 недель 8 а всего 34 аномальных случаев. У 4 беременных со сроком 14 недель, у 16 беременных со сроком 14-20 недель, у 5 со сроком свыше 20 недель было проведено преждевременное прерывание беременности, а у 9 женщин по всяким причинам не было проведено прекращение беременности.

Выводы. Проведение скрининговых и лабораторных исследований в ранних сроках беременности и применение нужных мер проводят к уменьшению развития случаев с врождёнными аномалиями.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кодиров Ж., студент 5-курса направления «Профессиональное образование»

Научный руководитель: Солиева М.О.

*Кафедра факультативной педиатрии и неонатологии,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Медико-социальное значение указанной патологии определяется не только значительным распространением в наиболее ответственные периоды роста и развития ребенка, но и хроническим рецидивирующим течением, снижающим качество жизни, формированием осложненных форм заболеваний, в ряде случаев приводящих к инвалидизации.

В структуре хронических заболеваний органов пищеварения преобладают заболевания гастродуоденальной локализации. Их выявляемость увеличилась за последние 5 лет на 48,2% и составляет по данным 2002-2005гг. 8,5‰ и 12,6‰ соответственно.

Цель исследования. Изучить факторы преморбидного фона у детей с гастродуоденальной патологией.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 154 ребенка в возрасте от 7 до 14 лет с патологией желудочно-кишечного тракта. Проведен анализ следующих факторов преморбидного фона: патологическое течение беременности и родов, ранний перевод на искусственное вскармливание, аллергические реакции на продукты питания, гипотрофия на первом году жизни, атопический дерматит, хронические очаги инфекции.

Результаты исследования. У пациентов с функциональным расстройством желудка заболевание в 72% случаев развилось на неблагоприятном фоне. Отрицательными факторами, способствующими формированию патологического процесса, являлись: хронические очаги инфекции (28,3%), атопический дерматит (15,8%), патологическое течение беременности (14,7%), ранний перевод детей на искусственное вскармливание (10,2%), аллергические реакции на продукты питания (10,4%).

Из неблагоприятных факторов, предрасполагающих развитию хронического гастрита у 79% детей, были обнаружены: наличие хронических очагов инфекции (47,3%), кишечные инфекции (28,6%), аллергические реакции на продукты питания (29,7%), патологическое течение беременности (20,1%), ранний перевод детей на искусственное вскармливание (20,3%).

У детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в 85,0% случаев заболевание возникало на осложненном преморбидном фоне: патологическое течение беременности (48,3%), хронические очаги инфекции (38,5%), атопический дерматит (34,7%), ранний перевод детей на искусственное вскармливание (22,1%), аллергические реакции на продукты питания (39,4%). У больных с патологией желудочно-кишечного тракта выявлено нарастание частоты факторов неблагоприятного преморбидного фона от функционального расстройства желудка до язвенной болезни.

Вывод. Полученные данные необходимо учитывать в работе участковых врачей-педиатров с целью профилактики этой группы заболеваний.

НОВЫЙ ИММУНОМОДУЛЯТОР ИМУНОРИКС: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИМУНОРИКСА ПРИ ОРИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Кодиров 3.– студент 4-курса фармакологического факультета

Научный руководитель: Туйчиев Г.У.

*Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Одним из наиболее эффективных и безопасных иммуномодуляторов, обладающих мультинаправленным действием на вирусные, бактериальные и грибковые инфекции, является пидотимод (Имунорикс). В статье приводится обзор клинических исследований, которые обосновывают необходимость применения пидотимода в лечении и профилактике ЛОР-заболеваний. В последние годы возросло значение роли иммунной системы в лечении детей с различными острыми и хроническими заболеваниями инфекционного и неинфекционного характера, особенно в создании поствакцинального иммунитета, профилактике заболеваний у детей с частыми рецидивирующими заболеваниями ЛОР-органов и респираторного тракта.

Цель исследования явилась оценка терапевтической эффективности, переносимости и безопасности препарата «Имунорикс» в рандомизированном контролируемом исследовании в качестве иммуностимулирующего средства в комплексном лечении острых респираторных заболеваний у часто и длительно болеющих детей.

Материалы и методы исследования. Целевой популяцией были 60 детей в возрасте от 3 до 14 лет с острым (или рецидивирующим) обструктивным ларинготрахеобронхитом на фоне ОРИ с сопутствующей инфекционной и соматической патологией, сформированных по 30 человек в испытываемую и контрольную группы по случайному признаку.

Результаты и их обсуждение. Больные испытываемой группы получали в составе комплексной терапии ОРИ Имунорикс в растворе по 5 мл (400 мг) внутрь вне приема пищи 2 раза в день ежедневно в течение 15 дней с последующей оценкой профилактического эффекта.

Больные контрольной группы получали только средства комплексной терапии ОРИ.

Основным условием включения больных в исследование было наличие симптомов ОРИ в среднетяжелой и тяжелой формах, при отсутствии в схемах терапии детей в течение 3 месяцев иммуномодулирующих препаратов.

В испытываемой группе у 20 из 30 больных на фоне ОРИ был стенозирующий ларинготрахеит (бронхит), из них у 13 была 1 степень стеноза гортани и у 7 — 2 степень; рецидивирующий круп был у 6 детей. Имунорикс в сочетании с антибиотикотерапией получали 6 больных.

В группе контроля у 23 из 30 больных ОРИ был стенозирующий ларинготрахеит (бронхит), из них у 14 была 1 степень стеноза гортани и у 9 — 2 степень стеноза; рецидивы крупа были у 8 детей. Антибиотикотерапию получали 6 больных.

Результаты наших исследований клинической эффективности и безопасности Имунорикса согласуются с данными многоцентровых зарубежных исследований, проведенных с целью изучения влияния данного препарата на иммунный статус у больных бронхолегочными заболеваниями и у часто болеющих ОРЗ.

Эффективность применения препарата в педиатрической практике изучалась у 3200 пациентов с острыми и рецидивирующими респираторными инфекциями.

В частности, было показано, что Имунорикс усиливает хемотаксис фагоцитов и цитотоксическую активность натуральных клеток-киллеров; увеличивает пролиферацию лимфоцитов; нормализует соотношение между Т-хелперами и Т-супрессорами; стимулирует выработку IL-2 и экспрессию специфических рецепторов лимфоцитами, выработку гамма-интерферона и образование антител (секреторного IgA).

При применении Имунорикса в составе комплексной терапии указанных заболеваний достигалось сокращение продолжительности обострения, частоты ОРЗ и уменьшение потребности в антибиотикотерапии.

Выводы. 1. Совокупность имеющихся данных многоцентровых и наших исследований позволяют заключить, что применение Имунорикса является перспективным в качестве стимулятора иммунной системы организма у часто болеющего ребенка на инфекцию.

2. Имунорикс является эффективным иммуностимулирующим препаратом, оказывающим положительное влияние на динамику основных клинических симптомов при ОРЗ вирусной и вирусно-бактериальной этиологии со стенозирующим ларингитом (крупом) у детей.

3. Имунорикс способствует эрадикации патогенов и улучшает микробиоценоз ротоглотки при ОРИ.

3. Имунорикс сокращает сроки антибиотикотерапии, ускоряет процесс выздоровления и обеспечивает более гладкое течение ОРЗ.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

*Кодиров Ш., студент 209-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Кадиров Х.С., Кафедра педиатрии
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 2017 - 2019 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 этой связи 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. ФЖЕЛ при спирометрии достигает параметров здоровых детей, и увеличиваются все скоростные показатели.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

*Кодиров Ш. – студент 209-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Кадиров Х.С., Кафедра педиатрии
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 клинико-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 сыровоточного (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 p41423247*С гена глюкокортикостероидного рецептора ОК

Аллель kч242941 *А полиморфного варианта p-242941 гена кортикотропин-релизинг гормона СИНИ1 ассоциирован с необходимостью назначения высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов для эффективного контроля бронхиальной астмы.

Генотип gх1042714*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 rs1799930*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 (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.

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 (rs1876828, rs242941), ADRB2 {rs1042713, rs1042714), NAT2 (rs1799929, rs1799930, rs1799931) 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

*Кодиров Ш., студент 209-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Кодиров Х.С., Кафедра педиатрии
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 данным о высокой частоте атопической бронхиальной астмы в детском возрасте. Диагноз БА легкой степени тяжести поставлен 139 (52,06%) пациентам, среднетяжелой степени - 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 сенсibilизация 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 сенсibilизации; зависимость нарушения функции внешнего дыхания от контакта с аэроаллергенами в период новорожденности; метеозависимость симптомов. Маркером 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 сыровоточного 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 - сыровоточного уровня эндогенного оксида азота.

НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Кодирова З., студентка 3-курса фармакологического факультета

Научный руководитель: Умурзакова Н.С.

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Не столь убедительны данные об эффективности антипсихотических препаратов в уменьшении негативных симптомов, что в значительной степени происходит из-за редукции позитивной симптоматики. Так, кроме собственно редукции симптоматики, нейролептики могут ухудшить негативные симптомы, особенно те, которые связаны с экстрапирамидными проявлениями, их чистый эффект в этом отношении является следствием соотношения двух противоположных действий.

Эффективность нейролептиков в отношении первичных стойких, и, в то же время, персистирующих негативных (прогредиентно усиливающихся в своей дефицитарности) симптомов, например, эмоционального притупления, социальной изоляции, снижения оперативной деятельности и многого другого является незначительной, неопределенной и часто недоказанной.

Цель исследования. Изучить нежелательные эффекты нейролептических препаратов.

Результаты исследования. Депрессивные симптомы. В этой сфере также наблюдаются два противоположных эффекта: с одной стороны - антипсихотические препараты могут улучшить симптоматику депрессии, что часто наблюдается при редукции положительных симптомов; с другой стороны - делает возможной так называемую «нейролептическую дисфорию», связанную с ЭПС.

Когнитивные симптомы. Хотя антипсихотические препараты могут улучшить функцию внимания у некоторых пациентов с шизофренией, данные об их влиянии на другие когнитивные функции противоречивы и, по данным некоторых исследований, оказывают негативное влияние.

В этих исследованиях не установлено никаких существенных различий между антипсихотическими препаратами в оценке их влияния на нейро-когнитивное функционирование. Чистый эффект нейролептиков определяется положительным влиянием на процессы внимания, с одной стороны, и неблагоприятными воздействиями на экстрапирамидные симптомы вследствие антихолинергической активности используемых для лечения ЭПС нейролептиков и корректоров с другой стороны.

Профилактика рецидивов. Все нейролептики, вне зависимости от различий между ними, существенно снижают вероятность рецидива у пациентов с шизофренией. Поскольку многие пациенты не обеспечивают достаточной приверженности лечению, пролонгированные формы нейролептиков (депо-

нейролептики) с внутримышечным способом введения могут быть более эффективными, чем пероральные формы препаратов, обладающие относительно малым влиянием на частоту рецидивов.

Антипсихотические препараты связаны с различными побочными эффектами, включая неврологические, метаболические, гематологические проявления и нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно - сосудистой, мочеполовой, опорно-двигательной, эндокринной и других систем.

В отличие в целом от сходной, одинаковой эффективности нейролептиков, в отношении побочных эффектов имеются серьезные различия. По сравнению с обычными, конвенциональными антипсихотическими средствами, препараты второго поколения имеют, как правило, более низкий риск развития ЭПС, но, в отличие от этого, часто приводят к нарушению обмена веществ.

Однако представляется важным отметить, что фармакологические различия между препаратами в пределах одного и того же класса обуславливают значительные вариации влияния на риск развития ЭПС и на метаболические побочные эффекты нейролептиков своего класса (и, прежде всего, классических антипсихотических медикаментов). Это не может позволить утверждать о наличии систематического различия между ними.

Вывод. Наибольшее внимание врачам при назначении нейролептиков нужно обращать на людей старшего возраста, с большим стажем их применения. Чтобы не страдало качество жизни пациента, поддерживалась большая приверженность терапии, необходимо предвидеть возможные побочные эффекты нейролептической терапии и использовать все возможности для их купирования.

ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, НАСА И КУРЕНИЯ У ВИЧИ ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Студентка 345 группы лечебного факультета Кодирова Ф.

Заведующий кафедрой: профессор Салахиддинов З.С. кафедра ВОП №1.

Научный руководитель: старший преподаватель Махсумова Д.К. кафедра ВОП №1.

Андижанский Государственный медицинский институт

Курение является приоритетным фактором риска ХГДЗ в современной популяции и в связи с этим изучение данного фактора в эпидемиологических исследованиях является важным научным направлением. Кроме того, исследователями указываются зависимость высокого риска развития ХГДЗ и их факторов риска от потребления наркотических веществ и наса.

С этой целью нами была изучена частота распространенности потребления наркотических веществ, наса и курения у ВИЧ инфицированной популяции.

Материалы и методы: в ходе эпидемиологического исследования на репрезентативной выборке ВИЧ инфицированных лиц анализирована и оценена частота распространенности потребления наркотических веществ, наса и курения у ВИЧ инфицированной популяции.

Результаты и выводы: Из приведенных данных следует, что распространенность ПНВ, употребления наса и курение среди общей ВИЧ популяции 20-69 лет составили – 29,2%, 40,9% и 30,6% - соответственно. Сравнительно большей частотой, по сравнению ПНВ, выявлялись эпидемиологические показатели потребления наса (в 1,4 раза, $P<0,05$) и курения (на 1,0%, $P>0,05$). Отмечено, что распространенность ПНВ было больше у ВИЧ популяции 40-49 лет (47,7%), 30-39 лет (35,7%) и 50-59 лет (25,0%). Сравнительно в 3 раза меньшей частотой выявлялось в группе лиц 20-29 лет и не отмечалось в возрасте 60-69 лет (0,0%).

В различных возрастных группах обследованных частота потребления наса выявлялись следующим образом: в 20-29 лет – 31,5%, 30-39 лет – 38,7%, 40-49 лет – 70,8% ($P<0,001$), 50-59 лет – 50,0% ($P<0,05$) и 60-69 лет – 100,0% ($P<0,001$). Среди общей ВИЧ популяции курение выявлялось у 30,6%; наиболее высокие показатели еераспространенности были отмечены в возрастных группах – 50-59 лет (62,5%), 40-49 лет (43,3%) и 30-39 лет (37,9%). Среди обследованных лиц в возрасте 60-69 лет курение не отмечалось (0,0%), а в самой молодой возрастной группе 20-29 лет выявлялось с наименьшей частотой – 16,8% ($P<0,001$).

В целом, систематический и постоянный мониторинг распространенности ПАВ, потребления наса и курении среди ВИЧ популяции, безусловно, существенно повышает информированность населения, работников ЛПУ и организаторов практического здравоохранения с последующим медицинским, экономическим и социальным эффектов проводимых профилактических мероприятий.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ

Выполнила: Кодирова Н., клиник ординатор

Научный руководитель: Садикова М.П.

*Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Медицинское сообщество неуклонно объединяет усилия по решению вопросов материнского и детского здоровья, приобретающих на фоне демографических проблем современности политическую и социальную значимость.

В основе многих состояний, осложняющих течение беременности и родов, находится универсальный для плода и новорожденного повреждающий фактор – гипоксия, нарушающая течение базовых энергозависимых процессов, запускающая комплекс патологических эндогенных реакций, способствующих развитию поли-органной дисфункции.

Наиболее уязвимым к воздействию гипоксии является развивающийся головной мозг, в котором стартовавшие патологические биохимические процессы индуцируют явление эксайтотоксичности, связанное с нарушением энергозависимых процессов утилизации нейротрансмиттеров.

В результате процесс повреждения мозга становится самоподдерживающимся, пролонгированным во времени, распространяющимся на отдаленные неповрежденные участки, что уже на протяжении первых лет жизни определяет вариабельность неврологических отклонений, в том числе инвалидизирующих, в статомоторном, психозомоциональном и речевом развитии, ограничивающих социальную адаптацию детей.

Цель исследования. Разработать комплексный подход к диагностике кардиоцеребральных дизадаптационных расстройств, основанный на исследовании особенностей постнатальной адаптации, сердечно-сосудистой и центральной нервной систем в неонатальном периоде и на первом году жизни у детей различного гестационного возраста, перенесших внутриутробную гипоксию.

Материалы и методы исследования. Клинико-инструментальное наблюдение и реабилитация детей проводились в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей, отделении патологии новорожденных детей, детском отделении, отделении катамнестического наблюдения в период 2020-2021 гг на базе АОПЦ и АОМПДБ г. Андижана.

Объем обследования включал изучение анамнестических данных с анализом антенатальных и интранатальных факторов риска. Показания к КС определялись в соответствии с клиническими рекомендациями «Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода». Внутриутробная гипоксия была верифицирована на основании комплексной оценки биофизического профиля плода, включавшей результаты кардиотокографии, доплерометрии, двигательной активности плода, оценки амниотической жидкости.

Результаты исследования. Среди выявленных антенатальных и интранатальных факторов риска развития постнатальной дизадаптации, в том числе кардиоцеребральных нарушений, у новорожденных, перенесших внутриутробную гипоксию, наиболее значимые из них определены у рожденных оперативным путем - гипертензивные 240 расстройства во время беременности и в родах ($RR=3,52(95\%ДИ\ 2,32-11,38)$, $p=0,000$), дистресс плода ($RR=3,16\ (95\%ДИ\ 1,76 - 9,71)$, $p=0,000$), преждевременная отслойка плаценты ($RR=2,53(95\%ДИ\ 1,14 - 6,64)$, $p=0,000$), нарушения родовой деятельности ($RR=2,07(95\%ДИ\ 1,82 - 5,23)$, $p=0,000$), внутривенная анестезия ($RR=2,38(95\%ДИ\ 1,18 - 4,09)$, $p=0,000$), плацентарные нарушения ($1,90\ (95\%ДИ\ 1,61 - 2,24)$, $p=0,001$), сочетанная соматическая патология матерей ($RR=1,85\ (95\%ДИ\ 1,21 - 4,52)$, $p=0,001$).

Катаболическая направленность метаболических процессов у новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, по сравнению с рожденными естественным путем сопряжена с большим процентом убыли первоначальной массы тела, длительным периодом ее потери и замедленными темпами восстановления. У этих детей выраженность метаболических нарушений ассоциирована с комбинированным воздействием негативных факторов антенатального и интранатального периодов, нарушением естественного вскармливания.

Среди детей, перенесших гипоксию, рожденных оперативным путем отличает высокая представленность (77,9% против 63,7%, $p=0,000$) и выраженность кардиальных нарушений (дилатация полостей сердца, диастолическая дисфункция, легочная гипертензия, нарушения ритма) в неонатальном периоде и длительный период их редукции (3-6 месяцев). Предикторами развития дизадаптационно-дилатационных изменений сердца в неонатальном периоде у детей, перенесших гипоксию, является сочетание высокого среднего давления в легочной артерии (более 25мм.рт.ст.) и бивентрикулярной диастолической дисфункции (Е/А менее 0,9).

Выраженность вегетативного дисбаланса с дефицитом симпатических влияний и увеличением показателей вариабельности ритма сердца $rMSSD$ более 29 мсек и $pNN50$ более 1,5% у новорожденных, перенесших внутриутробную гипоксию, особенно у извлеченных путем КС, создает предпосылки для

аритмогенной настроенности миокарда и является предиктором возникновения гемодинамически значимых брадиаритмий.

Детей, рожденных оперативным путем, в сравнении с естественно рожденными в раннем неонатальном периоде отличает более значимое нарушение церебральной гемодинамики, которое сопряжено с более высокой частотой задержки созревания биоэлектрической активности головного мозга и формированием излишне прерывистого паттерна ЭЭГ (71,7% против 59,4%, $p=0,005$).

На первом году жизни у этих детей чаще формируются резидуальные сосудистые нарушения (84,5% против 56,2%, $p=0,000$), функциональные нарушения ЦНС в виде гиперактивного поведения, гипервозбудимости (47,9% против 36,7%, $p=0,016$), расстройств сна (47,2% против 31,3%, $p=0,000$). Определена значимость гипоперфузии мозга в раннем неонатальном периоде при индексе резистентности (RI) более 0,8, систолической скорости кровотока (V_{max}) менее 28 см/сек и диастолической скорости кровотока (V_{min}) менее 7,5 см/сек в развитии гипоксически-ишемической энцефалопатии с расстройствами сна. 6. Следствием гипоперфузии почек в раннем неонатальном периоде у детей, извлеченных оперативным путем, является более высокая частота ишемической нефропатии (37,2% против 29,7%, $p=0,004$).

У детей, перенесших гипоксию и рожденных оперативным путем, в сравнении с естественно рожденными детьми на протяжении первого полугодия жизни имела место замедленная динамика восстановления мышечнопостурального тонуса по шкале «INFANIB» с формированием транзиторных нарушений и темповая задержка психомоторного развития по шкале «CAT/CLAMS» по коэффициентам моторного и познавательного развития.

Вывод. Доказано, что дети, перенесшие внутриутробную гипоксию и рожденные оперативным путем, на первом году жизни составляют группу высокого риска по развитию неврологической патологии (гиперактивного поведения и гипервозбудимости, расстройств сна и вегетативной нервной системы) и сочетанной соматической патологии с превалированием гастроинтестинальных, аллергических, кардиальных и эндокринных нарушений. Предложен дифференцированный подход к проведению комплексного клинико-инструментального наблюдения за детьми первого года жизни, перенесшими внутриутробную гипоксию, в зависимости от выраженности кардиocereбральной дизадаптации в неонатальном периоде, способный повысить качество медицинской помощи детям группы риска и оптимизировать отдаленные периоды развития ребенка.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Выполнил: Козимжонов А.А.

*Научный руководитель: Усманова У.И., Кафедра ВОП - 1
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Наиболее распространенной аритмией, с которой врач сталкивается в клинической практике, является фибрилляция предсердий (ФП). Известно, что ФП ассоциируется с пятикратным увеличением риска развития инсульта, трехкратным – сердечной недостаточности, двукратным – деменции и смерти. Согласно данным статистики, распространенность ФП в общей популяции достигает 2%. В частности, от 2,7 до 6,1 млн взрослых американцев страдают ФП. В странах Европы число больных с ФП превышает 6 млн. Ожидается, что в связи со старением населения в течение последующих 25 лет эти показатели увеличатся в 2 раз.

Цель исследования. Изучить оценку эффективности пероральных антикоагулянтов при лечении и профилактике фибрилляции предсердий на фоне ишемической болезни сердца.

Материалы и методы исследования. Для выполнения этой задачи мы отобрали в общей сложности 70 пациентов, пролеченных в терапевтическом отделении клиники АГМИ с осложненной предсердной фибрилляцией и ишемической болезнью сердца.

Результаты исследования. По данным мета-анализа, риск развития ИМ на фоне терапии дабигатраном по сравнению с АВК, ривароксабаном, апиксабаном и эдоксабаном был выше: риск развития ИМ – ривароксабан по сравнению с дабигатраном (ОР 0,56 при 95% ДИ от 0,38 до 0,82, терапия ривароксабаном снижает риск развития коронарных осложнений на 44% по сравнению с дабигатраном); апиксабан по сравнению с дабигатраном (ОР 0,59 при 95% ДИ от 0,40 до 0,88, снижение риска на 41% по сравнению с дабигатраном); варфарин по сравнению с дабигатраном (ОР 0,66 при 95% ДИ от 0,49 до 0,87, снижение риска на 34% по сравнению с дабигатраном); эдоксабан по сравнению с дабигатраном (ОР 0,71 при 95% ДИ от 0,50 до 1,0, снижение риска на 29% по сравнению с дабигатраном).

Возможность быть препаратом первого выбора с точки зрения снижения риска развития ИМ/ОКС составила 53,5% для ривароксабана, 33,8% для апиксабана, 2% для эдоксабана, 1,2% для АВК, 0,007% для дабигатрана.

По данным рандомизированных клинических исследований и результатов многочисленных мета-анализов, терапия апиксабаном не приводит к повышению или снижению риска развития ИМ

и сопоставима с варфарином. И только при приеме ривароксабана во всех указанных мета-анализах значимо снижался риск развития ИМ/ОКС.

Данные, полученные в рандомизированных клинических исследованиях и мета-анализах, имеют более высокий уровень доказательности, чем результаты пострегистрационных наблюдательных исследований. Таким образом, выбор определенного перорального антикоагулянта должен быть взвешенным, продуманным и основан на результатах с высоким уровнем доказательности.

Вывод. В исследование, конечно, рассматриваются далеко не все практические аспекты применения новых пероральных антикоагулянтов. Например, отдельного обсуждения заслуживает проблема лечения этими препаратами в сочетании с аспирином и другими антиагрегантами у больных, перенесших острый коронарный синдром или стентирование коронарных и других артерий.

Важное значение имеют тактика применения антикоагулянтов у пациентов, нуждающихся в плановых или неотложных хирургических вмешательствах, переход с одного антикоагулянта на другой, ошибки при применении (например, пропуск дозы), возможность взаимодействия с другими лекарственными средствами, сроки возобновления антикоагуляции после состоявшегося кровотечения и т.п.

Ответы на некоторые из этих вопросов можно найти в инструкциях по применению соответствующих препаратов, хотя многие аспекты антикоагулянтной терапии нуждаются в дальнейшем изучении.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПОСРЕДСТВОМ СВОЕВРЕМЕННОЙ ОЦЕНКИ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ, ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОШИЗИСА У ДЕТЕЙ

*Коллас Е.В. - студент магистратуры
Научный руководитель: к.м.н., доцент Юсупов А.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность: Гастрошизис – порок, при котором через параумбиликальный дефект ее мягких тканей, расположенный справа от нормально сформированной пуповины, эвентрируют органы брюшной полости. Одной из основных проблем, с которой сталкиваются врачи анестезиологи-реаниматологи, при оперативном лечении гастрошизиса, является повышение внутрибрюшного давления (ВБД) в интра- и послеоперационном периоде, об этом необходимо помнить с целью предотвращения компартмент-синдрома. В результате чего актуальным представляется дальнейший научный анализ оценки адекватности наиболее оптимального анестезиологического обеспечения оперативного лечения, а также адекватную и своевременную оценку гемодинамических показателей в интраоперационном периоде у новорожденных.

Цель исследования: Определить наиболее оптимальный, комбинированный метод обезболивания, посредством своевременной оценки центральных гемодинамических показателей, при оперативной коррекции гастрошизиса у новорожденных.

Материалы и методы исследования: В исследования были включены 20 больных, оперируемых в плановом порядке, которых поделили на 2 группы по виду оперативного пособия, анестезиологического обеспечения и влиянию на ВБД. В 1 группу (10 n) вошли пациенты, которым в качестве оперативного лечения была произведена пластика передней брюшной стенки, а в качестве вводного наркоза использовался фентанил + севофлюран; поддержание анестезии проводилось – фентанилом. Во 2 группу (10 n) вошли пациенты, которым в качестве оперативного лечения была произведена одномоментная пластика передней брюшной стенки, в качестве вводного наркоза использовался пропофол+ фентанил, поддержание анестезии - пропофолом.

Обязательным условием являлось определение ВБД (внутрибрюшное давление) посредством постдуктальной артериальной сатурации в двух местах, на левой руке и ноге.

Результаты. Посредством постдуктальной артериальной сатурации в двух местах, на левой руке и ноге, удалось определить изменения ВБД, что способствовало раннему предупреждению негативного влияния, повышенного ВБД на органы сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Так же удалось определить, следующее: в группе пациентов, которым применялся ингаляционный анестетик севофлюран и наркотический анальгетик фентанил, который так же использовался в качестве поддержания, достоверно обеспечивалась наиболее эффективная анестезиологическая защита - на 20% и сокращались побочные действия после пробуждения, в сравнении с группой, где использовался пропофол - на 30 %. При применении севофлурана потребность в фентаниле сокращается в 1,5 раза, по сравнению с методикой внутривенного применения пропофола.

Выводы: 1. Комбинированная анестезия с использованием нейромышечной блокады (миорелаксантов), способна облегчить вправления кишечника на 70%, в сравнении с комбинированной анестезией, где в качестве вводного и поддерживающего наркоза использовались фентанил и севофлюран.

2. Использование 0,005% фентанила в дозе 2-3 мкг/кг в зависимости от объема оперативного вмешательства, обеспечивает эффективную анестезиологическую защиту, стабилизацию гемодинамических показателей и ВБД на всех этапах оперативного лечения по поводу гастрошизиса у новорожденных.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И У БОЛЬНЫХ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Комилжонов А.Э. , Кафедра « Общей хирургии»
Научный руководитель: доцент, Р.Н.Абдуллаев.
Андижанский государственный медицинский институт*

Эхинококкоз печени является паразитарным заболеванием, которое поражает в основном паренхиматозные органы, хотя имеются указания о том, что это заболевание встречалось в мышцах, в костях, в молочной железе, в миокарде и т.д..

Гидатидозный эхинококкоз печени бывает одно-, многокамерной и располагается в основном в ее паренхиме. При многих случаях содержимое гидатид нагнаивается – при котором называют нагноившийся эхинококкоз. Нагноение эхинококковой кисти происходит при развитии гнойных, гнойничковых процессов, при вирусных инфекциях – грипп, ЦМВ, ВПГ, СПИД и у ВИЧ инфицированных больных.

В нашей клинической практике встречался три случая эхинококкоза печени у ВИЧ-инфицированных больных. У одного больного ВИЧ – инфицированность определен в нашей клинике, так как, больной относился к группе риска – наркоман, проводит ненормальную половую жизнь. Двое больных к нам поступили установленным диагнозом ВИЧ – инфицированность. Из этих трех больных УЗ исследованием у одного установлено диагноз нагноившийся эхинококкоз печени, у двух были обнаружены многокамерные кисти печени.

При проведении операции «эхинококкэктомии печени» у всех больных установлен диагноз «нагноившийся эхинококкоз печени». Во время операции произведена эхинококкотомия, с отсасыванием гнойного содержимого кист и с инструментальным удалением гнойно-расплавленных гидатид эхинококкоза, с последующим дренированием остаточной полости. Для уменьшения размеров остаточной полости при ее нагноении использовали клеевый способ ликвидации остаточной полости в комбинации полукапитонажным швом, с применением клеевой композиций ЦИАКРИН АП-1.

Из особенностей проведения операции также отмечаем, что при даче наркоза и проведении текущей уборки операционной сотрудникам предлагалось использовать стерильные перчатки в два слоя, операторами также использованы стерильные перчатки в два слоя. Операционный материал собирали в отдельный закрытый контейнер, после исследования патологоанатомами и подтверждения диагноза «Эхинококкоз печени» операционный материал был уничтожен в муфельной печи, т.е. были приняты все меры предосторожности распространения вирусной инфекции.

В послеоперационном периоде все больные до заживления после-операционной раны находились в стационарном наблюдении хирургом и были использованы два вида синергичных антибиотиков, иммуности-муляторы, иммуномодуляторы, противовирусный препарат, так как, у всех больных отмечалось снижение фагоцитарной активности лейкоцитов, уменьшение активной популяции лимфоцитов.

Выводы.

1. Гидатидозный эхинококкоз печени у ВИЧ инфицированных больных часто осложняется нагноением кист.
2. Методом выбора для частичной ликвидации остаточной полости эхинококковой кисти при её нагноении является клеевый способ ликвидации остаточной полости в комбинации полукапитонажным швом.
3. Во время операции при этих случаях всегда надо принять меры предосторожности препятствующие распространению вирусной инфекции, а также надо бороться с возможным нагноением послеоперационной раны.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭРБИСОЛ УЛЬТРАФАРМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ С

*Комилов Ж., студент 3-курса фармакологического факультета
Научный руководитель: Умарова М.М.
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Одной из самых актуальных и сложных проблем для здравоохранения в целом, и гепатологии в частности, остается проблема распространения и лечения хронического вирусного гепатита С (ХГС). При этом изучение данного вопроса – интегративная проблема, которая носит не только медицинский, но и социально-экономический характер.

Целью данного исследования было изучение фенотипа иммунокомпетентных клеток больных ХГС в динамике лечения препаратом Эрбисол Ультрафарм.

Материал и методы исследования. В исследование был включен 31 пациент (22 мужчин и 9 женщин, средний возраст $39,2 \pm 2,6$ лет), которые находились на лечении в отделении вирусных гепатитов.

Результаты исследования и их обсуждения. Проведенные исследования показали, что у больных ХГС до начала лечения содержание лимфоцитов практически не отличалось от значений здоровых доноров. Количество лимфоцитов находилось в пределах физиологической нормы (25-35%), но незначительно превышало контрольный показатель, что указывает на активацию Т-лимфоцитов и распознает комплекс вирусного антигена.

Статистически достоверно повышенным относительно показателей группы доноров оказался уровень Т- и В-лимфоцитов с активационными маркерами. Относительное количество киллерных клеток с поверхностными антигенами, но достоверных различий не выявлено.

У больных ХГС уже после 1-курса лечения препаратом Эрбисол Ультрафарм отмечалось повышение (Т-киллеры), основной функцией которых является осуществление противoinфекционной защиты инфицированных вирусом клеток. Достоверное увеличение количества этих клеток по сравнению с показателями группы контроля и данными лечения выявлено после 4 курса проведенной терапии.

У больных ХГС после 1-го и 2-го курсов лечения, достоверно снизилось до показателей группы доноров, после 3-го и 4-го наблюдалось незначительное увеличение киллеров, что можно объяснить механизмом действия препарата Эрбисол Ультрафарм, который способствует активации натуральных киллеров. Анализ экспрессии активационных маркеров на поверхности лимфоцитов периферической крови больных ХГС в динамике лечения показал постепенное снижение количества Т-лимфоцитов в динамике лечения, что свидетельствует об уменьшении иммуновоспалительного компонента. Снижение количества В-лимфоцитов могут вступать в эффекторную ветвь иммунного ответа, как клетки с естественной киллерной активностью, которые продуцируют не только различные типы цитотоксических антител, но и широкий спектр медиаторов, которые наделены цитотоксическими свойствами. Это позволяет им осуществлять иммунологический надзор, то есть оказывать цитотоксическое действие на клетки - мишени (инфицированный вирусом или опухолевые клетки). Нами было отмечено что у больных ХГС, которые получали только базисное лечение (гепатопротекторы и дезинтоксикационные средства) в течение двух курсов, существенных изменений фенотипического профиля иммунокомпотентных клеток периферической крови не выявлено. Количество активных В-лимфоцитов после 1-го курса даже повысилось. Проведенные исследования позволяют заключить, что препарат Эрбисол ультрафарм обладает выраженным иммуномодулирующим действием, воздействует Т-хелперы, супрессоры, Т-киллеры и неспецифические звенья иммунной системы. При этом его воздействие в большей степени направлено на нормализацию параметров иммунного статуса и проявляется при отклонениях от нормы. Следует отметить, что применение препарата Эрбисол Ультрафарм при длительной терапии больных ХГС не вызвало клеточного, что часто наблюдается при интерферонотерапии.

Таким образом, проанализирован субпопуляционный состав препарата Эрбисол Ультрафарм в динамике длительного лечения.

Выводы. 1. В процессе количество Т-киллеров и Т-хелперов может свидетельствовать об их активации.

2. После 1-го и 2-го курсов лечения больных ХГС препаратом Эрбисол Ультрафарм наблюдалась нормализация исходно высокого уровня Т-киллеров и постепенное снижение количества цитотоксических клеток на протяжении всего срока наблюдения, что указывает на уменьшение антигенной вирусной нагрузки.

3. Уменьшение экспрессии антигенов маркеров поздней активации Т-лимфоцитов у больных ХГС в динамике лечения препаратом Эрбисол Ультрафарм свидетельствует об уменьшении иммуновоспалительного компонента.

ПРИОБРЕТЕНИЕ СТУДЕНТАМИ НАВЫКОВ РАБОТЫ С АВТОМАТИЗИРОВАННЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ СИСТЕМАМИ

*Д.Т.Комилова- ассистент кафедры
Ш.А.Гуламов- научный руководитель
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В медицинских институтах лабораторные работы по предмету Биофизика играют огромную роль в глубоком освоении студентами теоретических материалов, в приобретении навыков работы с лабораторными оборудованностями, а также навыков точного физического измерения. Кроме того, медицинская отрасль нуждается в специалистах по клинической инженерии, которые хорошо владели бы с указанными навыками.

В последнее время для проведения лабораторных работ по Биофизике всё чаще используются автоматизированные системы. Под понятием “Автоматизированная лабораторная система” понимается, система состоящая из лабораторной установки, совмещенной с персональным компьютером. В таких системах, управление лабораторной работой, задание соответствующих параметров, осуществляется через компьютер.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Цель. Целью данной работы является разработка механизмов приобретения студентами навыков работы с автоматизированными лабораторными системами.

Результаты исследования. Прежде всего, нужно отметить, что для выполнения студентами лабораторных работ по Биофизике необходимо, чтобы они владели теоретическими материалами, касающимися данной лабораторной работы. Студенты должны иметь не только представление о выполнении данной работы на практике, но иметь возможность проведения анализа полученных результатов. Иметь навык работы на персональном компьютере.

Следует отметить, что решение практической физической задачи в течение занятия – означает определение числового значения некоторой физической величины. Например, определение скорости звука в воздухе и др.

Для решения данной задачи предлагается применить следующий порядок:

7. Теоретическая подготовка для решения задачи;
8. Умение работы на персональном компьютере: навык работы с программами Microsoft Word, Microsoft Excel и Microsoft Power Point.
9. Сборка измерительной установки;
10. Проведение эксперимента и измерения;
11. Расчет результатов и определение погрешностей;
12. Анализ проведенной лабораторной работы с учетом применения данного исследования в медицине.

Для повышения качества проведения лабораторной работы с применением автоматизированных систем, предлагается использование таких педагогических технологий как “Студент-ассистент” и “Студент-оппонент”, сущностью которых является ассистирование студента преподавателю во время занятия и оценка студентами деятельности студента-ассистента.

Выводы. Разработан механизм приобретения студентами навыков работы с автоматизированными лабораторными системами. Показана возможность использования педагогических технологий “Студент-ассистент” и “Студент-оппонент”, что способствует повышению качества лабораторных занятий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СПРЕЯ СИНУЛАР У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРОЭТМОИДИТОМ

Комолидинов Б.М.

Научный руководитель: доцент Пардаев Д.Э.

Кафедра оториноларингологии

ТашиИУВ

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Этмоидитом называют острое или хроническое воспаление слизистой оболочки этмоидальных носовых пазух. Чтобы лучше понять, что это за болезнь, вкратце разберем строение органов дыхания.

Воздух через ноздри попадает в полость носа, которая разделена носовой перегородкой на 2 несимметричные половины. Каждая из них поделена на 3 носовых хода. Здесь происходит согревание и увлажнение вдыхаемого воздуха, а также его очистка от частиц пыли и микроорганизмов. Очищенный воздух направляется далее через глотку, трахею и бронхи в легкие, где происходит газообмен.

Важную роль в работе верхних дыхательных путей играют придаточные пазухи носа или параназальные синусы — особые пазухи в костях лицевого черепа, которые через каналы сообщаются с полостью носа, а через нее с окружающей средой.

Цель исследования. Изучить влияние синуларного спрея при хроническом бактериальном и полипозном этмоидите.

Материалы и методы исследования. В период с 2019 по 2021 годы под наблюдением находилось 86 детей с этмоидитом, проходивших лечение в оториноларингологическом отделении АОДБ. Из 86 пациентов было 46 мальчиков и 40 девочек в возрасте от 2 месяцев до 15 лет.

В обследовании больных использовались общеклинические методы, эндоскопическое исследование полости носа, компьютерная томография околоносовых пазух и орбит, динамическое наблюдение окулиста.

Результаты исследования. Компьютерная томография в коронарной и аксиальной проекциях позволяет определить расположение пазух решетчатой кости, выявить варианты их аномалий, определяющие особенности распространения патологического процесса, выявить мозаичность их поражения.

При микробиологических исследованиях у пациентов с хроническим этмоидитом выявляются бактериально-вирусные, бактериально-грибковые, бактериально-вирусно-грибковые ассоциации. Одновременно наблюдаются случаи диссоциации микрофлоры с левой и правой стороны у больных с двухсторонним этмоидитом, а также в пазухах решетчатой кости на одной стороне поражения.

У больных с полипозным этмоидитом выявляется вторичный иммунодефицит, обусловленный иммуносупрессорным действием персистирующих в клетках решетчатой кости и слизистой оболочке полости носа вирусов и патогенных микроорганизмов.

Одной из главных причин, способствующих развитию переднего этмоидита, является искривление или Ф-образное утолщение перегородки носа в месте прекращения оксификации на границе перпендикулярной пластинки решетчатой кости и четырехугольного хряща, отражающие воздушный поток в остиомеатальный комплекс.

Функциональные исследования, проведенные у больных с хроническим этмоидитом, выявили угнетение выделительной, транспортной функций слизистой оболочки полости носа, усиление ее резорбционной способности. После выполнения малоинвазивных эндоскопических эндоназальных хирургических вмешательств происходит нормализация ее функционального состояния.

У пациентов, перенесших расширенную этмоидотомию, отмечаются необратимые функциональные нарушения: прекращаются выделительная и транспортная функции слизистой оболочки носа, усиливается ее всасывательная функция.

Хирургические вмешательства при воспалительных поражениях пазух решетчатой кости должны решать основные задачи: 1) устранение патологических изменений со стороны эндоназальных анатомических структур, способствующих нарушению аэродинамики воздушного потока; 2) щадящие малоинвазивные эндоназальные операции, объем которых определяется количеством пораженных пазух решетчатого лабиринта.

Вывод. В заключение следует повторить и подчеркнуть, что современная оториноларингология (как и другие отрасли медицины) вовсе не склонна к хирургическому экстремизму и предпочтению радикальных способов вмешательства. Напротив, предпочтительными всегда являются малоинвазивные, щадящие, консервативные подходы. Учитывается множество факторов, тщательно взвешивается предполагаемый эффект и возможные риски.

В некоторых случаях есть реальная вероятность того, что хронический синусит консервативными методами придется лечить бесконечно, с сугубо временным и сомнительным успехом, постоянными обострениями и рецидивами, а то и тяжелыми осложнениями

ПРОТИВОРЕЦИДИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭТМОИДИТА У ДЕТЕЙ

Комолидинов Б.М.

Научный руководитель: доцент Пардаев Д.Э.

Кафедра оториноларингологии

ТашИУВ

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Этмоидит – это особая форма синусита, сопровождающаяся воспалением одной из околоносовых пазух. Как правило, патология развивается на фоне других заболеваний верхних дыхательных путей и требует серьезного лечения, поскольку воспаление располагается близко к тройничному нерву, отвечающему за иннервацию лица, и головному мозгу.

Основными симптомами этмоидита у детей и взрослых является сильная головная боль, потеря обоняния, высокая температура, отечность и болезненные ощущения в районе переносицы. Возбудителями этмоидита могут быть риновирусы, аденовирусы, вирусы гриппа и парагриппа, а также патогенные грибы.

Цель исследования. Совершенствование хирургического лечения хронического полипозного этмоидита путем комплексного воздействия на основные патогенетические звенья заболевания.

Материалы и методы исследования. Работа проведена в течение 2019—2021 годов на базе клиники АГМИ ЛОР-отделения. Больные были разделены на 2 группы: 1 группе был проведен сравнительный анализ клинической эффективности лечения ПР и профилактики рецидива заболевания хирургическим методом 23 больных. 2 группе проведен сравнительный анализ клинической эффективности лечения ПР и профилактики рецидива заболевания хирургическим методом и комбинацией хирургического лечения с применением препарата Синупарс 23 больных.

Результаты исследования. Клинические проявления хронического полипозного риносинусита являются следствием функциональных нарушений мукоцилиарной транспортной системы, калорицерной функции, местного иммунитета слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух и нарушений носового дыхания в связи с obturацией их просвета полипозными разрастаниями.

Хронический полипозный этмоидит развивается на фоне умеренного иммунодефицита Т-клеточного звена, у больных с рецидивирующим течением заболевания они более выражены и не корректируются, не нормализуются после хирургического лечения.

Изменение ферментативной активности нейтрофильных гранулоцитов периферической крови у больных хроническим полипозным этмоидитом связаны с обострениями воспалительного процесса, в послеоперационном периоде фагоцитарная активность нормализуется при отсутствии рецидивов

заболевания, поэтому длительное снижение активности сукцинатдегидрогеназы может служить прогностическим маркером вероятности рецидивирования заболевания.

Результаты морфологического изучения удаленных полипов позволяют вносить коррективы в лечебный комплекс и могут быть использованы для прогнозирования исходов лечения хронического полипозного риносинусита.

Эндоскопические эндоназальные способы хирургического лечения в сочетании с патогенетически обоснованным медикаментозным лечением с одновременным и последовательным местным применением сорбентов, фармпрепаратов поверхностного действия, внутрипазушного низкоэнергетического лазерофореза и энтеросорбции, по сравнению с результатами традиционного лечения позволяют добиться значительного улучшения здоровья и качества жизни оперированных больных. Разработанные методы комплексного лечения хронического полипозного этмоидита эффективны как при первичной, так и при рецидивирующей форме заболевания.

Вывод. Анализ результатов сочетания хирургического лечения с новыми сорбционными лекарственными препаратами общего и местного действия, лекарственными средствами поверхностно-активного действия показывает, что предложенный комплексный метод лечения позволяет значительно повысить эффективность лечения больных хроническим полипозным этмоидитом и профилактики его рецидивов.

Местное применение сорбционных препаратов сокращает сроки лечения, позволяет добиться положительного результата у 78.5% больных первичным хроническим и у 74.5% рецидивирующим полипозным этмоидитом.

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ СПОРТСМЕНОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ

Косимов И.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Наблюдаемая перманентность снижения физического здоровья и работоспособности, системного роста хронических патологий, происходящих в последние годы у подрастающего поколения, в определенной степени связывается с ростом распространенности гипокинезии. Это, в определенной степени связано высокими физическими и психоэмоциональными нагрузками в период роста и формирования органов и систем, которые предъявляют повышенные требования к организму юных спортсменов и, при определенных обстоятельствах, могут привести к возникновению ряда нарушений в физическом развитии и состоянии здоровья. Соответственно, врачебный контроль является одной из основных составляющих в звене оценки функционального состояния молодого спортсмена, а также укрепления и сохранения его здоровья. При этом особое внимание необходимо уделять оптимизации двигательной активности и соответствующего повышения резервных возможностей организма как основы социальной и биологической адаптации. Особую важность это имеет в подростковом возрасте, ввиду высокой социальной значимости и биологических особенностей развития данного возрастного периода.

В теории спорта накоплено огромное количество научных данных, которые позволяют осуществить адекватную оценку физического развития (ФР) по антропометрическим показателям. Но, вместе с тем, недостаточное внимание исследователей к вопросу надежности предлагаемых критериев ФР для индивидуального определения, оценки и проведения онтогенетического мониторинга, ограничивает возможности научных разработок по выявлению зависимости приспособительных возможностей, физической работоспособности и подготовленности организма от отдельных характеристик ФР. Настоящее, в определенной степени, ограничивает эффективное использование критериев ФР в качестве маркеров оценки физической работоспособности и оптимизации физических нагрузок.

На сегодняшний день накопленный опыт по влиянию физических нагрузок на ФР растущего организма базируется в основном на результатах выборочных исследований. Применяемая система тестирования физической подготовленности (ФП) в школьном физвоспитании не учитывает особенности ФР подростков, поэтому при педагогической деятельности высокая или низкая оценка может быть связана с временными особенностями роста и созревания, не отражая при этом ни эффективность физического воспитания, ни потенциальные возможности прироста физической работоспособности.

Цель исследования. Определение и систематизация закономерностей физического развития, полового созревания и адаптационных возможностей к физическим нагрузкам у подростков, а также - выявление закономерностей и разработка инструментов систем управления оздоровительным и спортивным процессом.

Методы исследования настоящей научной работы предполагают обследование детей и подростков, занимающиеся спортом и физической культурой в г. Андижане, а также - изучение их биологического возраста, антропометрических показателей при пристальном наблюдении и фиксации показателей функционального состояния вегетативной нервной системы обследуемых подростков.

Разработанные критерии оценки физического развития: (центильные шкалы оценки темпов биологического созревания и маркеры определения фаз ростового процесса; подростковый индекс массы тела для ее оценки и мониторинга в процессе роста и созревания; показатели относительной оценки ряда парциальных размеров тела; прогнозирование потенциального прироста взрослой длины тела) являются необходимыми “инструментами” практической деятельности и могут использоваться при дальнейших исследованиях в педиатрии, спортивной медицине, системе физического воспитания и спорта.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

*Каримов И.К., Маматхужаев З.С., Косимов С.С. - магистры по направлению “Кардиология”
Научный руководитель-к.м.н., доцент Вахабов Б.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Установлено, что количество людей, страдающих ожирением, увеличивается каждые 10 лет на 10 %. Ожидается, что к 2025 году ожирение будут иметь 40 % мужчин и 50 % женщин, живущих на планете. Самый печальный факт – повсеместно фиксируемый рост ожирения среди детей и подростков. Распространенность избыточной массы тела наименьшая в более молодом возрасте и прогрессивно увеличивается с годами. Так, у 20–29-летних она составляет 6,9–7,6 %, у 40–49-летних достигает 21,2 %, а у 50–59-летних – 26,7 %. Значение ожирения, как фактора риска развития сердечно–сосудистых заболеваний (ССЗ) в последнее время значительно возросло в связи с увеличением распространенности ожирения в мировой популяции. Высокие показатели смертности и частоты развития сердечных осложнений являются, в основном, следствием поражения сосудов, поскольку ожирение – важный фактор, предрасполагающий к атеросклерозу, АГ и внезапной смерти.

Нами было исследовано 50 лиц в возрасте от 25 до 49 лет, средний возраст составил $36,5 \pm 1,5$ года, из них 34- мужского и 12- женского пола с ИМТ 27–45 кг/м² с сердечно-сосудистыми событиями в анамнезе. Целью исследования явилось оценка влияние медикаментозного снижения веса на жесткие конечные точки у пациентов с высоким риском ССЗ. В течение 6 недель вводного периода пациенты принимали анорексигенное лекарственное средство-сIBUTРАМИН по 10 мг на фоне диеты (-600 ккал/день) + ≥ 150 мин./неделю умеренной физической нагрузки.

Результаты исследования показали, что у тех пациентов, которые добились стабильного снижения веса на протяжении одного года приема препарата, повышение АД и увеличение ЧСС отсутствовали. Препарат благоприятно влияет на компоненты МС, показатели углеводного обмена у больных СД 2-го типа, массу миокарда левого желудочка (ММ ЛЖ) у пациентов с АГ и функцию эндотелия при ИБС. Анализ результатов 6-недельного вводного периода в исследовании убедительно показал, что на терапии сIBUTРАМИНОМ происходит снижение не только веса, но АД.

Таким образом вышеизложенное свидетельствует о том, что сIBUTРАМИН может считаться в настоящее время препаратом выбора для снижения веса при ожирении. Немедикаментозные методы лечения ожирения, основанные на диетотерапии и физических нагрузках, как правило, не обеспечивают снижения массы тела в течение длительного времени. Медикаментозное лечение следует применять в качестве составного элемента комплексной программы по снижению и поддержанию массы тела, включающей диету, физическую активность, изменение образа жизни. Использование сIBUTРАМИНА – препарата с доказанной эффективностью и довольно высоким уровнем безопасности позволяет снизить риск сердечнососудистых осложнений и прогрессирования СД 2-го типа у лиц с ожирением и избыточным весом.

МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

*Косимов С.С., Алижанов М. - магистры по направлению “Кардиология”
Научный руководитель-к.м.н., доцент Вахабов Б.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Связанная с атеросклерозом сердечно-сосудистая патология с середины XX века стала одной из ведущих причин заболеваемости и смертности населения и приобрела характер эпидемии. Многочисленные эпидемиологические и популяционные исследования, проведенные в течение последнего полувека, вполне справедливо концентрировались на изучении факторов риска атеросклероза и его клинических осложнений, в первую очередь ишемической болезни сердца.

Целью исследования явилось определение ранних маркеров атеросклероза у мужчин молодого возраста с отягощённой наследственностью к сердечно-сосудистым заболеваниям.

В исследование были включены 68 мужчин в возрасте от 30–49 лет с различным уровнем риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) без клинических проявлений сердечно-сосудистых

заболеваний. Суммарный риск развития сердечно-сосудистых осложнений определяли по европейской шкале SCORE. В зависимости от уровня риска пациенты были распределены в 2 группы: I группа низкого и умеренного риска $<5\%$ – 38 пациентов; II группа высокого риска $\geq 5\%$ – 30 пациентов. Группу контроля составили абсолютно здоровые мужчины в возрасте от 30 до 45 лет без отягощённой наследственности к сердечно-сосудистым заболеваниям. Одним из диагностических критериев определения риска развития атеросклероза является показатели дуплексного сканирования – толщина интимы – меди (ТИМ) сонных артерий. Ранние маркеры атеросклероза артерий определены у всех пациентов: у 38 мужчин в группе низкого и умеренного риска, у 30 – в группе высокого риска ССО. У пациентов с низким – умеренным риском развития ССО увеличение ТИМ обнаружено в 48,6% случаев, у лиц с высоким риском развития ССО – в 73,4%. Для достоверности полученных результатов определяли цитокиновый статус, проводили идентификацию ряда маркеров, обнаруживаемых в крови. Из медиаторов межлейкоцитарного взаимодействия наибольшее значение при атеросклерозе придается провоспалительным цитокинам интерлейкин-1 (ИЛ-1), интерлейкин-6 (ИЛ-6), фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-а).

Проведённые исследования показали, что в группе низкого риска и высокого риска развития атеросклероза иммунная система реагировала по различному, так в I-й группе ИЛ-6 повышался незначительно на 24,8% ($p<0,001$) выше показателей группы контроля, до резкого повышения более чем на 47,5% выше показателей контрольной группы ($p<0,001$). Незначительные повышения ФНО-а отмечены в группе низкого и умеренного риска ($p<0,001$), а во II-й группе эти изменения были более выраженными. Противовоспалительный ИЛ-10 умеренно повышался в I-й группе ($p<0,01$) и более значительные изменения отмечались во II-й группе. Результаты исследования показали о существовании прямой корреляционной связи между ИЛ-6 и ТИМ ($r=0,57$; $p=0,001$), ИЛ-1 и ТИМ ($r=0,44$; $p=0,001$), ФНО-а и ТИМ ($r=0,51$; $p=0,001$).

Таким образом показано, что уровень провоспалительных цитокинов был повышен у пациентов с отягощённой наследственностью к атеросклерозу и в последующем к ИБС. Очевидно, при атеросклерозе венечных сосудов изменения уровней провоспалительных цитокинов является ранним маркером изменения иммунных воспалительных реакций организма, его реактивности, в связи с чем этот фактор может быть одним из прямых показателей ранней дестабилизации и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Қосимов.И.У., Бутабоев.М.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Заболевания височно – нижнечелюстного сустава занимают особое место среди стоматологических заболеваний вследствие сложности в диагностике и лечении, крайне разнообразной клинической картины, не укладывающейся в рамки традиционных диагнозов – артрит и артроз.

Височно – нижнечелюстной сустав участвует не только в перемещении нижней челюсти. Это подвижный орган, связанный с проприорецепторами пародонта, жевательных мышц и передающий в ЦНС информацию о положении нижней челюсти для управления жевательными движениями.

Заболевания суставов возникают в том случае, если его ткани испытывают повышенные нагрузки (потеря боковых зубов, одностороннее жевание и т.п.), а также, если происходят первичные морфологические изменения этих тканей при общих заболеваниях (ревматизм, обменные нарушения).

Вторичная частичная адентия, патология пародонта, твердых тканей зубов, коллизонные нарушения влияют на работу жевательных мышц, рефлекторно ведут к вынужденному положению нижней челюсти при жевании. Если первичный фактор связан с общими заболеваниями (инфекции, нарушения обмена веществ) возникают артриты, артрозы.

Использование в комплексной терапии средств ЛФК (массаж, лечебная гимнастика) значительно улучшает самочувствие больных, снимает напряжение жевательных мышц, улучшает их кровообращение, трофику и, таким образом, нормализует мышечно – суставную функцию.

ЛГ направлена на нормализацию движений нижней челюсти, усиление определенных групп мышц, восстановление функции жевательных мышц, закрепление результатов ортопедической перестройки прикуса.

Упражнения для устранения бокового смещения нижней челюсти.

Больной, стоя перед зеркалом, контролирует среднюю линию нижней челюсти. Кончик языка плотно прижат к верхним боковым зубам, медленно открыть рот без отклонения нижней челюсти, закрыть – 8 – 10 раз. Амплитуду открывания рта изо дня в день необходимо увеличивать.

Упражнения при смещении нижней челюсти назад (дистальное смещение – II тип). При отсутствии достаточного переднего смещения нижней челюсти суставная головка при максимальном открывании рта на скате суставного бугорка, а не у его вершины (выполняет упражнения для усиления выдвигания нижней челюсти).

Упражнения при смещении нижней челюсти вперёд (медиальное смещение – III тип). Причиной чрезмерных протрузивных движений нижней челюсти нередко является острая травма мягких тканей сустава, что вызывает рефлекторное смещение нижней челюсти вперёд.

Упражнения для перестройки типа открывания рта. Больной смещает нижнюю челюсть назад и в этом положении открывает рот без передних и боковых смещений. Тяга нижней челюсти направлена назад, давление на челюсть назад при этом постоянно, щелчки отсутствуют. Упражнение выполняется 3 раза в день по 8-10 раз. Данное упражнение можно выполнять лёжа на спине с помощью медперсонала. Врач удерживает голову больного левой рукой, а правой фиксирует нижнюю челюсть. Больной при этом делает попытку открыть и закрыть рот (с преодолением сопротивления руки), ритмично и плавно 9-10 раз. Лечебная гимнастика применяется в подостром периоде в сочетании с ортопедическим лечением.

ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Выполнила: Косимова Д.Н, студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Профилактика алкоголизма - это система комплексных государственных и общественных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья.

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. В основу исследования положена гипотеза, согласно которой профилактика алкоголизма среди подростков, базируясь на комплексно-интегративном подходе к ее организации, предполагает комбинацию профилактических стратегий, эффективных при реализации следующих условий

- индивидуализации превентивного воздействия на основе данных социально-педагогической диагностики личностных особенностей подростков,
- стимулировании субъектного включения подростков в профилактический процесс на основе формирования рефлексивной позиции.
- взаимодействии раз личных специалистов на последовательных этапах реализации профилактической программы.

Результаты исследования. Полученные нами данные показывают, что стремление к личностному самоутверждению в ближайшем социальном окружении выступает как значимый мотив, определяющий склонность к такой форме девиантного поведения, как употребление алкоголя. При этом следует учитывать, что группа сверстников является для подростка более значимой в плане совершаемых им поступков, чем те ценности, которые диктуют ему взрослые. 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 осознание роли семьи в процессе предотвращения ранней алкоголизации подрастающего поколения.

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.

С этой целью мы разработали программу профилактики алкоголизма среди подростков в условиях летнего оздоровительно-образовательного центра «Дисперад», это стало решением второго условия.

Разрабатывая проблему вторичной профилактики алкоголизма среди несовершеннолетних, мы выделили в качестве основной проблему толерантного отношения подрастающего поколения к

употреблению алкоголя, можно даже говорить об определенной моде на спиртные напитки среди молодежи. Поэтому центральной идеей организации профилактического воздействия мы выделяем субъектную позицию подростка при включении его в процесс профилактики.

Информационный блок предполагает взаимодействие социального педагога, организатора работы с молодежью, врача-нарколога с целью подготовки подростков к включению в профилактический процесс. Психологический блок включает тренинги и упражнения, направленные на выработку у подростков проалкогольных установок, умений и навыков противостояния стрессовым и негативным влияниям среды, формированию социально значимых ценностей, выработку альтернативного поведения и т.д. при комплексном взаимодействии психолога, социального педагога, специально обученных помощников. Социально-педагогический блок предполагает проработку навыков и их ежедневное формирование на основе участия в различных мероприятиях и занятиях, направленных на субъективное включение каждого ребенка в общий комплексный процесс. На это направлена деятельность организатора работы с молодежью, физкультурного работника, руководителей кружков, приглашенных специалистов (тренеров спортивных секций, инструкторов военно-патриотических объединений и т.п.).

После включения подростков в профилактическую программу и ее реализации мы провели оценку полученных результатов на основе повторного изучения личных конструктов по методу Дж. Келли и метода экспертных оценок.

Повысилось количество опрашиваемых, выбирающих конструкт «алкоголь - болезнь», в то же время половина подростков продолжает связывать алкоголь не с пагубными последствиями, а с удовольствием. И пятая триада «Свадьба - радость - шампанское» также осталась без изменения. Это можно объяснить силой и устойчивостью проалкогольных установок в обществе, что свидетельствует о необходимости расширения профилактической работы.

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.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ

*Кудратова Д.Я. - клинический ординатор
Научный руководитель: Веприцкая Е.В.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Выраженная деформация стопы с нарушением опороспособности является распространенным исходом ДНОАП, приводящим в 60-70% случаев к формированию язвенных дефектов, развитию гнойно-некротического поражения тканей стопы, что в конечном итоге, как правило, приводит к ампутации.

Материалы и метод. В период с 2015 по 2019 гг. наблюдались 21 пациент с деформацией заднего отдела стопы, вызванной ДНОАП, которые получали консервативное или оперативное ортопедическое лечение. Возраст пациентов от 24 до 64 лет. Из них женщин – 12, мужчин – 9. Сахарный диабет (СД) 1 типа у 3 пациентов, СД 2 типа - у 18 пациентов. 11 пациентов получали консервативное лечение: закрытая ручная репозиция без применения значительного механического воздействия и наложения иммобилизирующей повязки (гипсовая глубокая задняя лонгета от уровня плюснефаланговых суставов до проксимального края брюшка икроножной мышцы). По окончании «безнагрузочного» периода, который составлял от 1 до 3-х месяцев, после исчезновения патологической подвижности накладывалась индивидуальная разгрузочная повязка Total Contact Cast и разрешалась постепенная возрастающая нагрузка.

Цель исследования. Предложить показания для консервативного или оперативного хирургического ортопедического пособия.

Результаты. 7 пациентов, получавших консервативное лечение, наблюдались в срок более года: без рецидива деформации и язв с рентгенологическими признаками фиброзного (в пяти случаях) или костного (в двух случаях) анкилозирования. В срок более года наблюдалось 6 пациентов, получивших оперативное лечение (в двух случаях – с формированием костного анкилоза, в четырех – с формированием фиброзного анкилоза). Рецидивов грубой деформации или язвообразования не наблюдались.

Выводы. Основными критериями выбора метода лечения консервативного или хирургического является степень выраженности деформации и наличие патологической подвижности (которая чаще присутствует при острой\подострой стадии ДНОАП, Eichenholtz). Так при ригидной деформации; рентгенологической стадий ДНОАП Eichenholtz II, III; хронической стадии ДНОАП консервативное лечение не представляется целесообразным. Напротив, при подострой стадии ДНОАП, рентгенологической стадии Eichenholtz I, при наличии свободной патологической подвижности целесообразно проведение консервативного лечения.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ КРИЗИС У БЕРЕМЕННЫХ: СТРАТЕГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЗАЩИТЫ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Кузиева Г.А., Асранкулова Д.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гипертензивные состояния у беременных – понятие, объединяющее различные клинико-патогенетические типы гипертензивных нарушений. В одних случаях у женщин до беременности в анамнезе может быть хроническое заболевание почек, которое является этиологическим фактором повышения АД; в других – эссенциальная гипертензия; в третьих, у нормотензивных до беременности женщин, повышение АД индуцируется самой беременностью, так называемые гестационные формы – гестационная гипертензия и преэклампсия[1]. Причем в структуре причин артериальной гипертензии во время беременности наибольшая роль отводится именно последним, на долю которых, по данным M.A.Brown и M.L.Buddle приходится преобладающая часть всех гипертензивных расстройств у беременных: гестационная гипертензия – 43%, преэклампсия – 27%, эссенциальная гипертензия – 19%, преэклампсия, наложившаяся на предшествующую гипертензию – 7%, вторичная (симптоматическая) гипертензия – 4%.

Цель исследования. Определить распространенность основных факторов риска возникновения осложнений гипертензивные и вегетативные кризы у беременных, в условиях Ферганской долины.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ первичной медицинской документации беременных женщин. В состав предварительной выборки вошло 86 женщин, которые были разделены на 3 группы: контрольную группу составили 20 женщин с физиологически протекающей беременностью, 1-ую основную группу – 30 беременных с СДВНС, 2-ую основную – 36 беременных женщины с артериальной гипертензией.

Результаты исследования. Эпидемиологические исследования показали, что преэклампсия является в основном заболеванием первой беременности. Риск преэклампсии обычно ниже во второй беременности, чем в первой беременности, в том случае, если у женщины есть новый партнер для второй беременности. Одним из объяснений является то, что риск снижается при повторном воздействии конкретных антигенов одного и того же партнера. Тем не менее, разница в риске могла бы вместо этого быть объяснена интервалом между родами.

Исследования Bassoetal. показывают, что необходимо принимать во внимание интервал между родами, т.к. преэклампсия является в основном заболеванием первой беременности и фактором смены партнера. Преэклампсия развивалась у 3,9% женщин во время первой беременности, у 1,7% во время второй беременности и у 1,8% женщин во время третьей беременности, когда женщина была с тем же партнером. Риски во второй или третьей беременности непосредственно связаны со временем, которое прошло с момента предыдущей беременности, и когда интервал составляет 10 лет и более, риск приближается к таковому у нерожавших женщин. Защитный эффект предыдущей беременности от преэклампсии является временным.

В среднем стоимость дородового и послеродового ухода выше для матерей с избыточным весом тела, чем для матерей с нормальным индексом массы тела. Дети, матери которых имеют избыточную массу тела, нуждаются в госпитализации в отделения интенсивной терапии чаще, чем дети матерей с нормальными весом.

Вывод. Представленные материалы по ведению беременных с различными гипертензивными состояниями основаны на рекомендациях ведущих зарубежных обществ по изучению АГ у беременных. Артериальная гипертензия является, бесспорно, актуальной проблемой у беременных, требующая ранней диагностики и своевременного лечения, а также последующего тщательного наблюдения. Своевременное начало адекватной терапии, являющейся по своей сути профилактической, позволяет существенно улучшить прогноз исхода беременности для матери и для плода. Медикаментозное лечение следует проводить с осторожностью из-за возможного замедляющего влияния некоторых препаратов на рост и развитие плода.

ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕСЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

*Студент лечебного факультета 2 –курса Кулматова Г.О
Научный руководитель старший преподаватель Бекматова Ш.К.
Ургенский филиала ТМА*

Целью работы явилась оценка тенденций этих явлений в перспективе их улучшения, а также разработка комплекса мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации. Особое внимание уделялось разработке и реализации программных мероприятий, направленных на раннее выявление, профилактику и лечение сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы: Меры, направленные на изменение образа жизни населения, формирование приоритетного отношения к здоровью, улучшение качества и доступности медицинской помощи активно реализуются в рамках областных : «Профилактика и лечение артериальной гипертонии», «Совершенствование оказания кардиологической помощи населению Хорезмской области». В ходе реализации проводится активная работа по массовому обследованию и выявлению больных с артериальной гипертонией, постановке их на диспансерный учет, динамическому наблюдению и лечению. Внедрены стандарты лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями улучшение качества жизни пациентов, и как следствие уменьшение затрат на стационарное лечение этих больных.

Анализ эффективности деятельности для больных артериальной гипертонией за 2020 год показал, что доля пациентов получающих постоянную гипотензивную терапию, и достигших целевого уровня артериального давления, увеличилась в три раза, количество вызовов скорой помощи снизилось в три раза.

Учитывая, что лечение каждого случая гипертонического криза в условиях круглосуточного стационара обходится в 75-80 тыс. рублей, данные результаты представляют

Результаты: собой пример экономической эффективности подхода при сердечно-сосудистых заболеваниях. При проведении комплекса мероприятий первоочередное внимание уделяется первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Вывод: Таким образом, целевой подход к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний является эффективным для оперативного и стратегического управления на различных уровнях системы здравоохранения в улучшения медико-демографических процессов.

ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Выполнил: Курбонов С.Х, Магистр 3 курса
Научный руководитель: Нарбаев З.К., Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. По статистике ВОЗ, на долю вазомоторного ринита приходится порядка четверти случаев хронического насморка. Заболевание чаще всего встречается у молодых людей в возрасте 20–40 лет.

Под влиянием неблагоприятных внешних и внутренних факторов сосуды носовой стенки приобретают склонность к гиперреактивности и расширению. Развивается хроническое воспаление – вазомоторный ринит. Он не связан с аллергической реакцией.

К вазомоторному не относятся случаи ринита, вызванные профессиональными факторами, непереносимостью салицилатов, атрофический вариант патологии и случаи болезни, не связанные с аллергией, но сопровождающиеся появлением в носовой слизи иммунокомпетентных клеток (эозинофилов, тучных клеток, нейтрофильных лейкоцитов).

Артериальная гипертония (АГ) и ее осложнения наряду с другими патологиями в том числе ВР являются основными причинами заболеваемости и смертности в развитых странах.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась оценка состояния эндотелиальной функции у больных вазомоторного ринита с артериальной гипертонией и влияние на нее антигипертензивных препаратов различных классов при острой фармакологической пробе.

Материалы и методы исследования. В период с 2018 по 2020 год нами обследовано 70 пациентов с ВР в сочетании с АГ, госпитализированных для ЛОР отделения клиник АГМИ. Мужчин было 77, женщин 43, в возрасте от 20 до 40 лет.

Результаты исследования. У всех пациентов с длительностью затруднения носового дыхания более 1 года имели место сдвиги церебральной сосудистой ауторегуляции и изменения кислотно-основного состояния вне зависимости от этиологии заболевания.

При сроках назальной обструкции от 1 года до 5 лет - повышение реактивности мозговых сосудов (однонаправленный сдвиг констрикторных и дилаторных реакций) и компенсированный дыхательный алкалоз; от 6 до 10 лет - снижение реактивности церебральных сосудов и компенсированный дыхательный алкалоз; более 10 лет — грубое нарушение ауторегуляции мозговых артерий (диспропорция реактивности

двух сосудистых бассейнов головного мозга) и компенсированный дыхательный алкалоз с компенсированным метаболическим ацидозом.

Консервативное лечение пациентов с длительностью назальной обструкции до 5 лет приводит к полной нормализации клинико-лабораторных показателей и церебральной гемодинамики в первый месяц после операции. У пациентов с длительностью назальной обструкции до 10 лет хирургическая коррекция носового дыхания приводит к полной нормализации клинико-лабораторных показателей через 3 месяца после операции, однако при этом сохраняется напряжение церебральной сосудистой ауторегуляции.

При назальной обструкции длительностью более 10 лет хирургическое лечение приводит к нормализации клинико-лабораторных показателей через 6 месяцев, однако, при этом сохраняются грубые нарушения церебральной гемодинамики и механизмов церебральной сосудистой ауторегуляции, что ведет в дальнейшем к формированию церебральной патологии.

У пациентов с легкой и средней степенью назальной обструкции (суммарный объемный поток воздуха- 581,01 и 315,23 см³/с; суммарное сопротивление - 0,32 и 0,41 Па/ см³/с, соответственно) повышается реактивность мозговых сосудов (однонаправленный сдвиг констрикторных и дилаторных реакций). У пациентов с тяжелой степенью назальной обструкции (суммарный объемный поток воздуха - 284,34 см³/с, суммарное сопротивление- 0,55 Па/ см³/с) наблюдаются значимые и несинхронные сдвиги реактивности мозговых артерий, компенсированный дыхательный алкалоз (снижение парциального давления углекислого газа до 33,5 мм.рт.ст., нарастание парциального напряжения кислорода до 110,93 мм.рт.ст.), компенсированный метаболический ацидоз (уменьшение буферных бикарбонатных оснований до -0,04±0,22 при нормальной концентрации водородных ионов -7,403).

Консервативное лечение пациентов с легкой и средней степенью назальной обструкции приводит к восстановлению церебральной сосудистой реактивности в каротидном и вертебрально-базилярном бассейнах, а также параметров кислотно-основного состояния в течение 3-х месяцев после операции. При тяжелой степени назальной обструкции параметры кислотно-основного состояния нормализуются в течение 6 месяцев после операции, однако изменения церебральной гемодинамики сохраняются.

Восстановление носового дыхания ведет к значительному улучшению качества жизни пациентов с различной степенью выраженности и длительностью поли-этиологической назальной обструкции не только за счет нормализации носового дыхания, но и благодаря уменьшению степени цефалгии (в 2,5 раза) в течение 3-6 месяцев после операции.

Вывод. Разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм у пациентов с хронической назальной обструкцией будет способствовать своевременному проведению фармакологической коррекции внутриносовой архитектоники и лучшей реабилитации данной категории пациентов.

Выявленные особенности церебральной гемодинамики и клинико-лабораторных показателей позволяют использовать полученные данные с целью формирования групп риска пациентов в плане развития церебральных заболеваний.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Курбонов С.Х., магистр 3 курса

*Научный руководитель: Нарбаев З.К., Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Понятия “вазомоторный ринит”, “идиопатический ринит”, “неинфекционный круглогодичный неаллергический ринит”, “нейровегетативная форма вазомоторного ринита” (по классификации Л.Б. Дайняк) описывают группу схожих по патогенезу и клиническим проявлениям заболеваний, которые могут быть вызваны различными причинами.

Сам термин “вазомоторный ринит” в последние годы подвергался обоснованной критике, в первую очередь потому, что нарушение вазомоторной иннервации, лежащее в основе патогенеза ВР, имеет место при всех формах ринита за исключением атрофического.

В результате диагноз ВР становится чем-то вроде “мусорной корзины”, куда попадают все формы ринита, природу которых не удалось установить либо из-за диагностической сложности клинического случая, либо из-за отсутствия у врача возможности или желания провести необходимые дополнительные исследования.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась оценка состояния эндотелиальной функции у больных вазомоторным ринитом с артериальной гипертензией и влияние на нее антигипертензивных препаратов различных классов при острой фармакологической пробе.

Материалы и методы исследования. В период с 2018 по 2020 год нами обследовано 70 пациентов с ВР в сочетании с АГ, госпитализированных в ЛОР отделение клиник АГМИ. Мужчин было 77, женщин- 43 в возрасте от 20 до 40 лет.

Результаты исследования. У всех пациентов с длительностью затруднения носового дыхания более 1 года имеют место сдвиги церебральной сосудистой ауторегуляции и изменения кислотно-основного состояния вне зависимости от этиологии заболевания.

При сроках назальной обструкции от 1 года до 5 лет -повышение реактивности мозговых сосудов (однонаправленный сдвиг констрикторных и дилататорных реакций) и компенсированный дыхательный алкалоз; от 6 до 10 лет - снижение реактивности церебральных сосудов и компенсированный дыхательный алкалоз; более 10 лет — грубое нарушение ауторегуляции мозговых артерий (диспропорция реактивности двух сосудистых бассейнов головного мозга) и компенсированный дыхательный алкалоз с компенсированным метаболическим ацидозом.

Консервативное лечение пациентов с длительностью назальной обструкции до 5 лет приводит к полной нормализации клинико-лабораторных показателей и церебральной гемодинамики в первый месяц после операции. У пациентов с длительностью назальной обструкции до 10 лет хирургическая коррекция носового дыхания приводит к полной нормализации клинико-лабораторных показателей через 3 месяца после операции, однако при этом сохраняется напряжение церебральной сосудистой ауторегуляции.

При назальной обструкции длительностью более 10 лет хирургическое лечение приводит к нормализации клинико-лабораторных показателей через 6 месяцев, однако, при этом сохраняются грубые нарушения церебральной гемодинамики и механизмов церебральной сосудистой ауторегуляции, что ведет в дальнейшем к формированию церебральной патологии.

У пациентов с легкой и средней степенью назальной обструкции (суммарный объемный поток воздуха- 581,01 и 315,23 см³/с; суммарное сопротивление - 0,32 и 0,41 Па/ см³/с, соответственно) повышается реактивность мозговых сосудов (однонаправленный сдвиг констрикторных и дилататорных реакций). У пациентов с тяжелой степенью назальной обструкции (суммарный объемный поток воздуха - 284,34 см³/с, суммарное сопротивление- 0,55 Па/ см³/с) наблюдаются значимые и несинхронные сдвиги реактивности мозговых артерий, компенсированный дыхательный алкалоз (снижение парциального давления углекислого газа до 33,5 мм.рт.ст., нарастание парциального напряжения кислорода до 110,93 мм.рт.ст.), компенсированный метаболический ацидоз (уменьшение буферных бикарбонатных оснований до $-0,04 \pm 0,22$ при нормальной концентрации водородных ионов -7,403).

Консервативное лечение пациентов с легкой и средней степенью назальной обструкции приводит к восстановлению церебральной сосудистой реактивности в каротидном и вертебрально-базиллярном бассейнах, а также параметров кислотно-основного состояния в течение 3-х месяцев после операции. При тяжелой степени назальной обструкции параметры кислотно-основного состояния нормализуются в течение 6 месяцев после операции, однако изменения церебральной гемодинамики сохраняются.

Восстановление носового дыхания ведет к значительному улучшению качества жизни пациентов с различной степенью выраженности и длительностью поли-этиологической назальной обструкции не только за счет нормализации носового дыхания, но и благодаря уменьшению степени цефалгии (в 2,5 раза) в течение 3-6 месяцев после операции.

Вывод. Полученные данные позволяют стандартизировать подход к диагностике и лечению хронического гипертрофического и вазомоторного ринитов. Улучшение качества дифференциальной диагностики повышает уровень проводимого лечения, что положительно сказывается на экономической и социальной эффективности оказываемой медицинской помощи.

Разработанный способ дифференциальной диагностики хронического гипертрофического и вазомоторного ринитов с успехом может быть применен в оториноларингологических отделениях стационаров и поликлиник. Он не требует длительной подготовки медицинского персонала, дорогостоящих средств и медицинского оборудования, осуществляется в течение небольшого промежутка времени и может быть использован в повседневной практике каждого врача-оториноларинголога.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСНОВНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

*Кутбиддинов Фазлиддин Акромжон угли - студент стоматологический факультета
Рахмонова Феруза Муталибовна- старший преподаватель кафедры факультетской стоматологии и
пропедевтики стоматологических заболеваний.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Один из ключевых моментов гигиены — чистка полости рта. Знание различных видов средств гигиены полости рта играет важную роль в профилактике стоматологических заболеваний. Также не стоит забывать о том, что правильный выбор средств гигиены полости рта обеспечивает стабильный стоматологический статус.

Самый распространённый способ поддержки гигиены полости рта — самостоятельная чистка при помощи зубной щётки и пасты. Воздействие на эмаль зуба и ткани пародонта с целью снижения стоматологической заболеваемости — главная цель зубной пасты.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРВ МУАММОЛАРИ

Цель исследования. Анализ данных, полученных в ходе проведённого статистического исследования выбора различных видов зубных паст и дополнительных средств гигиены полости рта.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе областной стоматологии города Андижан. В анкетировании приняли участие 60 пациентов различного возраста. Анкеты, содержали вопросы с вариантами ответа о длительности чистки зубов, виде зубной пасты, торговой марки производителя, использовании дополнительных средств гигиены.

Результаты. Анкеты были разделены на группы в соответствии с возрастом исследуемых. I группа — 20–39 лет (молодого возраста), II группа — 40–59 лет (среднего возраста), III группа — 60 лет и старше (старшего возраста).

Выводы. По итогам проведённого исследования выявлено:

1. Не чистят зубы 4 (6,7 %) пациента. Среднее время чистки зубов составляет три минуты во всех трех возрастных группах (50 % в группах II и III). В группе обследуемых молодого возраста это составляет 61 % опрошенных (больше половины), в отличие от двух остальных групп.
2. Пациенты молодого возраста в большей степени предпочитают отбеливающую зубную пасту (56 %). Это говорит о том, что молодых людей больше беспокоит именно эстетика улыбки. В то время как пациенты среднего возраста чаще используют зубную пасту с растительными и лекарственными препаратами (50 %), а также фторсодержащую (50 %). Это связано с тем, что в ходе возрастных изменений кариесрезистентность эмали уменьшается, а также повышается риск развития заболеваний пародонта.
3. Самая популярная зубная паста торговой марки среди обследуемых молодого (44,5 %) и среднего (42 %) возраста — «Colgate» Среди обследуемых старшего возраста (33 %) — «Dentomed».
4. Благодаря доступной цене и простоте в использовании наиболее популярные дополнительные средства гигиены по результатам опроса — среди обследуемых молодого и среднего возраста — ополаскиватель (I — 56 %, II — 61,5 %), среди обследуемых старшего возраста — зубочистка (50 %).

ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С TORCH ИНФЕКЦИЕЙ

*Кучкаров И- студент 3- курса лечебного факультета
Научный руководитель: Хафизова З.Б. доцент кафедры Педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Вирусные инфекции в перинатологии представляют серьёзную опасность для плода и нередко являются причиной всего спектра антенатальной патологии (мертворождение, пороки развития органов, задержка внутриутробного развития), а также могут быть причиной различных гематологических изменений.

Цель исследования. Выявить возможные особенности изменений в гемограмме новорожденных и детей раннего возраста с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции.

Материал и методы исследования. Обследованы 35 новорожденных и детей первых месяцев жизни по поводу обследования TORCH-инфекции. ИФА маркеры последних (токсоплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз, герпес I – II, цитомегаловирусная инфекция) проводилось с помощью тест-системы «Вектор-Бест»: определение антител G, M, A мембранного (MOMP) и предраннего белка указанных вирусов. После уточнения диагноза дети распределялись на две группы серопозитивные (n = 15) и серонегативные (n = 20). Материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты исследования. При анализе полученных данных выявлено, что матери серопозитивных детей по TORCH-инфекции во время беременности страдали угрозой прерывания беременности (60,0% против контрольной, т.е. дети с серонегативными маркерами TORCH-инфекции - 25%, $P<0,01$), преэклампсией (77,8% против 40,0%, $P<0,01$), анемией (93,3% против 75,0%, $P<0,05$). У 80% матерей (против 45%, $P<0,01$), детей с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции наблюдалось осложненное течение родовой деятельности: преждевременное излитие околоплодных вод (46,6%), длительный безводный период (20,0%), кесарево сечение (13,5%). Следовательно, у многих матерей с иммунологическим маркером TORCH-инфекции имеет место осложненное течение беременности и родов.

В анализе крови у детей с ИФА-маркерами TORCH-инфекции чаще выявлялась анемия с $Hb \leq 120$ г/л (73,3% против 60,0%, $P<0,05$), тромбоцитопения ≤ 50000 /мкл (26,7% против 15,0%, $P<0,05$), нейтропения (40,0% против 20,0%, $P<0,05$) и лимфопения (20,0% против 10,0%, $P<0,05$). Отличительными особенностями периферической крови новорожденных и детей первых месяцев жизни с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции явилось уменьшение общего количества лейкоцитов ($5636,8 \pm 659,2$ против $6397,9 \pm 305,9$, $P<0,05$), уменьшение относительного содержания лимфоцитов ($65,7 \pm 3,1\%$ против $75,5 \pm 1,54\%$, $P<0,01$), уменьшение палочкоядерных нейтрофилов ($4,27 \pm 0,18$ против $3,29 \pm 0,26\%$, $P<0,05$), увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации – ЛИИ ($0,41 \pm 0,08$ против $0,19 \pm 0,01$, $P<0,01$), гранулоцитарно-агранулоцитарного индекса – ГАИ ($0,49 \pm 0,06$ против $0,28 \pm 0,05$, $P<0,05$), общего индекса интоксикации – ОИИ ($0,89 \pm 0,04$ против $0,37 \pm 0,05$, $P<0,001$), увеличение соотношения нейтрофилов и лимфоцитов – ИСНЛ

($0,54 \pm 0,04$ против $0,19 \pm 0,09$, $P < 0,05$) и соотношения нейтрофилов к моноцитам – ИСНМ ($7,49 \pm 0,18$ против $0,29 \pm 0,09$, $P < 0,05$).

Следовательно, у новорожденных и детей первых месяцев жизни при наличии серопозитивных маркеров TORCH-инфекции выявляются определенные гематологические изменения периферической крови. Это, по-видимому, связано с непосредственным действием вирусов внутриутробной инфекции на гемопоэтические клетки. Требуется продолжение научного поиска в определении специфичности гематологических изменений в зависимости от этиологической структуры TORCH-инфекций.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА И УРОВЕНЬ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ У РАБОТНИКОВ ШЕЛКОМОТАЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Н.И. Курбонова, Н.Н. Хабибова

Актуальность. Стоматологического здоровья для работников различных отраслей промышленности в настоящее время весьма актуальны [2], поскольку сохранение здоровья является важной государственной, медицинской и социальной проблемой [4]. По данным большинства исследований выявлено, что комплекс профессионально производственных факторов способствует развитию хронических заболеваний полости рта, таких как воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта, тканей пародонта, кариозные и некариозные поражения твердых тканей зубов [2, 4, 5, 6, 7].

Цель исследования Изучение гигиены полости рта и уровня гигиенических знаний, а также состояния тканей пародонта у работников шелкомотального производства.

Материал и методы исследования. Базой исследования было выбрано одно из ведущих предприятий Бухары, Объект изучения: 97 работников «Bukhara Brilliant Silk», подвергающихся в производственных условиях большое значение приобрел производственный шум, как один из вредных производственных факторов, также запыленность воздуха рабочих помещений в различных цехах и по значимости вредными, производственными факторами являются микроклиматические условия, в возрасте 29-59 лет. Контрольную группу составили 44 работника административно-управленческого аппарата, трудовой процесс которых исключает воздействие факторов производственной среды. Перед началом лечения проводилась клиническая квантифицированная оценка стоматологического статуса. Гигиеническое состояние полости рта изучали по упрощенному индексу Green-Vermillion (OHI-S). Выраженность воспаления десны определяли по обратимому индексу РМА, тяжесть деструктивных процессов в пародонте – по пародонтальному индексу PI (A. Russel, 1956), степень кровоточивости десны – с помощью папиллярного индекса кровоточивости SBI по U. P. Saxer and M. R. Muhlemann (1975).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенной оценки состояния стоматологического здоровья пациентов выявлено соответствие пародонтологического статуса диагностическим критериям хронического генерализованного пародонтита легкой, средней и тяжелой степени: хронический генерализованный пародонтит легкой степени диагностирован у 17 (17,53%) пациентов, средней степени тяжести – у 46 (47,42%) пациентов, тяжелой степени – у 34 (35,05%). При проведении индексной оценки получены следующие данные: среднее значение индекса OHI-S составило $3,6 \pm 0,6$; РМА – $69,5 \pm 3,1$; PI – $4,6 \pm 0,4$. Практически у всех пациентов была выявлена первая и вторая степень кровоточивости десен. Низкий уровень гигиенических знаний рабочих подтверждается результатами стоматологического обследования и характеризуется средним значение индекса $3,3 \pm 0,33$, интерпретируемым как «очень плохой».

Выводы. Таким образом, результаты исследований указывают на тотальную распространенность заболеваний твердых тканей зубов (99,1%) и пародонта (100%) у рабочих, высокую распространенность проблем стоматологии The actual problems in dentistry (Russia) 27 распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта – 58,7%, низкий уровень гигиены полости рта и гигиенических знаний рабочих. шелкомотальной промышленности «Bukhara Brilliant Silk».

ПОКАЗАТЕЛИ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АСКАРИДОЗА У ДЕТЕЙ

*Латипжонов А.Ж- студент 6- курса лечебного факультета
Научный руководитель: Хафизова З.Б.доцент кафедры Педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Аскаридоз - самый распространенный в мире геогельминтоз. Степень распространения аскаридоза зависит от почвенно-климатических условий местности, определяющих возможность развития яиц аскарид, а также особенностей хозяйствования, благоустройства, определяющих возможности загрязнения почвы фекалиями, а также санитарной культуры и бытовых привычек проживающих здесь людей.

Цель: Охарактеризовать современное состояние по аскаридозу в Андижанской области.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материалы и методы: В 2019 г. в Андижанской области зарегистрировано 1859 случаев паразитарных заболеваний, в т.ч. аскаридоза – 80 детей, что составило 4,3% от общего числа всех зарегистрированных в регионе гельминтозов.

Результаты: Аскаридоз регистрировался у взрослых – 29 случаев (36,3%), и у детей – 51 случай (63,8%). По возрастам гельминтоз распределялся следующим образом: 1 год – 2 случая (3,9%), 2 года – 11 случаев (21,6%), 5 лет – 6 случаев (11,8%), 6 лет – 5 случаев (9,8%), 7 лет – 2 случая (3,9%), 8 лет – 3 случая (5,9%), 9 лет – 10 случаев (19,6%), 10 лет – 4 случая (7,8%), 11 лет – 1 случай (1,9%), 14 лет – 6 случаев (11,9%) и 16 лет – 1 случай (1,9%).

Клинически заболевание протекало следующим образом: беспокойный сон – 27 сл. (33,7%), снижение аппетита – 23 сл. (28,8%), послабление стула – 16 сл. (20,0%). В 14-х сл. (17,5%) заболевание протекало по типу аллергических реакций неясной этиологии.

Во всех случаях диагноз был поставлен лабораторным путем после обнаружения гельминта, идентифицированного, как нематода *Ascaris lumbricoides*. Во всех случаях была обнаружена самка гельминта.

Выводы: Наиболее часто аскаридоз регистрировался у детей; характерными жалобами были беспокойный сон и снижение аппетита.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Латибжонов М.А., студент 606-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Собирова Н.Р., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Психомоторное развитие ребёнка - сложный процесс. В его основе лежит генетическая программа, которая реализуется в условиях постоянной смены средовых факторов.

Теория системогенеза позволила раскрыть сущность гетерохронии созревания и дискретности морфофункциональной организации нервной системы на ранних этапах онтогенеза.

Многоуровневая структура «этажей» нервной системы для выполнения той или иной функции и гетерохрония созревания объединённых функциональных систем определяют сложность оценки состояния и адекватности психомоторного развития ребёнка, особенно перенесшего гипоксическое поражение головного мозга в перинатальном периоде.

Для распознавания подобных состояний необходимо тщательное неврологическое обследование с привлечением различных методов и глубокий анализ полученных результатов.

Цель исследования. Установить особенности состояния центральной нервной системы и нервно-психического развития доношенных детей первых двух лет жизни, перенесших церебральную ишемию 1-й степени тяжести в перинатальном периоде и воспитывающихся в доме ребёнка, и предложить клинико-функциональные критерии прогноза и тактику коррекции выявленных нарушений.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы истории болезней, проведено клиническое исследование психомоторного развития по шкалам CAT/CLAMS и GMDS (Гриффитс) 50 детей в возрасте от 2 до 10 месяцев, находившихся на обследовании и лечении в отделении патологии новорождённых детей АОДБ города Андижан в 2018–2019гг. В группу исследования вошли 27 детей с перинатальными поражениями ЦНС. Контрольную группу составили 23 ребенка, не имеющие этого диагноза.

Результаты исследования. Оценка по шкале CAT/CLAMS выявила грубую задержку развития у 18% детей по шкале CAT (язык/речь) и CLAMS (решение задач) и у 40% по линии макромоторики у детей с ПЭП. При оценке развития по шкале GMDS задержка развития наблюдалась у половины детей исследуемой группы по линиям развития А (двигательная активность), В (социальная адаптация) и D (глаза и руки), у 74% по линии С (слух и речь), у 85% по линии Е (способность к игре). Средние значения коэффициента развития были достоверно ниже в исследуемой группе ($p = 0,05$).

Полученные данные оценки психомоторного развития по шкалам CAT/CLAMS и GMDS (Гриффитс) подтверждают наличие более низкого коэффициента развития у детей с перинатальной энцефалопатией по сравнению со здоровыми детьми по всем линиям развития, позволяют выявить проблемные места и скорректировать развивающие занятия с детьми с ПЭП.

Вывод. Предложен алгоритм клинического обследования воспитанников дома ребёнка, перенесших церебральную ишемию I-II степени тяжести, с акцентом на выявление наиболее уязвимых у этих детей нервно-психических функций и указанием соответствующих критических возрастных периодов.

Установлена высокая информативность доплерографического показателя венозного оттока по прямому синусу головного мозга, прогнозирующего своевременность формирования голосовых реакций, слухового анализатора, реакций выпрямления и равновесия.

Рекомендована тактика ведения детей - воспитанников дома ребёнка, включающая комплексные реабилитационные мероприятия с воздействием на наиболее отстающие по возрасту нервно-психические функции.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Латибжонов М.А., студент 606-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Собирова Н.Р., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время проведено большое количество исследований, подтвердивших, что изменения процессов СРО и функции АОС вносят существенный вклад в патогенез этих заболеваний, в частности, активные формы кислорода играют важнейшую роль в патогенезе БА. Также установлено, что для патологии, сопровождающейся повышением активности СРО, характерно развитие окислительного стресса, что в полной мере относится и к острым респираторным заболеваниям у часто болеющих детей.

Однако имеется лишь небольшое количество сообщений об изменениях интенсивности свободнорадикального окисления и активности АОС в сопоставлении с клиническими характеристиками в процессе лечения этих контингентов больных, не оценена в должной мере степень влияния на эти звенья патогенеза рассматриваемых заболеваний проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования. Изучить состояние свободнорадикального окисления и антиоксидантной системы крови методом хемилюминесценции у здоровых детей Андижанской области в зависимости от возраста и пола с помощью хемилюминометра BRR-02.

Материалы и методы. На базе областной детской клинической больницы (г. Андижан) и проблемной научно-исследовательской лаборатории клинической биофизики и антиоксидантной терапии СГМА проведено общеклиническое исследование 40 практически здоровых детей (1, 2 группы здоровья) с 1 года до 16 лет с функциональными нарушениями. Не включались дети с аллергическими заболеваниями, лабильной артериальной гипертензией, анемией, острой респираторной вирусной инфекцией, а также часто болеющие. 20 детей было с синдромом вегетативной дисфункции, 6 - с миопией глаз (легкая и средняя степени тяжести), 3 - с астигматизмом глаз, 2 - с функциональной диспепсией, 9 - с дисфункцией желчевыводящих путей. Мальчиков было 19 (48%), девочек - 21 (52%). В соответствии с возрастной классификацией возрастной периодизации института возрастной физиологии РАМН по рекомендациям ВОЗ все обследуемые дети были разделены на 3 возрастные группы. 1-ю группу (1-7 лет) составили 12 детей (30%), 2-ю группу (8 - 12 лет) - 12 детей (30%), 3-ю группу (13 лет -16 лет)- 16 человек (40%). Дети и их родители до исследования ознакомились и подписали добровольное согласие информированного больного, утвержденное этическим комитетом.

Результаты исследования. Анализируя показатели СРО и АОС в зависимости от возраста, статистически значимых различий выявлено не было. Более низкие значения АФК, ПЛ и АОА были у детей 1 возрастной группы, чем в других, однако статистически значимых различий не получено ($p>0,05$). Возможно, это обусловлено тем, что для этого возрастного периода характерны более низкие темпы роста и развития, рацион питания становится более разнообразным, включающий большее количество естественных антиоксидантов.

При анализе показателей в зависимости от пола различий не выявлено. При анализе показателей СРО и АОС в зависимости от пола и возраста, как в каждой возрастной группе, так и между группами, также статистически значимых различий не было выявлено.

Не выявлено статистически значимых особенностей показателей свободнорадикального окисления и антиоксидантной системы крови методом хемилюминесценции у здоровых детей Андижанской области в зависимости от возраста и пола с использованием хемилюминометра BRR-02.

Вывод. Согласно современным представлениям, многие физиологические и метаболические процессы, протекающие в организме, как ребенка, так и взрослого, связаны со свободнорадикальным окислением (СРО) липидов, белков, углеводов. Оно непрерывно протекает в норме во всех тканях живых организмов и при определенной интенсивности является одним из типов нормальных метаболических процессов. Умеренная активация окислительных реакций лежит в основе обновления липидов биологических мембран и модификации их функций. Эта особенность используется клетками в процессе адаптации и отражает защитно-приспособительные реакции организма на молекулярном уровне.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Латинов Р.Ж. - магистр 2- курса хирургия
Научный руководитель: Абдуллаева Д.А ассистент кафедры Педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины, пневмонии по прежнему занимают одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости у детей.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико лабораторных маркеров, а также структуры осложнений при пневмониях у детей.

Структура легочных осложнений пневмоний была представлена следующим образом: плеврит – 48 случаев (70,6%), ателектаз – 6 (8,8%), гидроторакс – 6 (8,8%), фиброз – 4 (5,9%), плевропневмония – 2 (2,9%), деструкция и пневмоторакс по одному случаю (по 1,5%). Среди них преобладало правостороннее поражение – 47, 1%, тогда как осложнения в левом легком встречались в 27,9% случаев и двухсторонние в 25%.

Следует отметить, что практически половина больных (45,6%) поступила в стационар уже в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена синдромом дыхательной недостаточности – у 36 детей (52,9%), из них: 1 степень – в 7 случаях (10,3%), 2 степень – в 25 случаях (36,8%) и 3 степень – в 4 случаях (5,9%), а также интоксикационным синдром в 25 случаях (36,8%).

При поступлении 89,7% детей предъявляли жалобы на кашель, 32,4% отмечали наличие насморка. Одышка и боль в груди наблюдались одинаково часто и отмечались у 17,7% поступивших. На повышение температуры тела до 37,9 0С предъявляли жалобы 27,9% госпитализированных, а на повышение выше 380С – 58,8% детей.

Со стороны общего анализа крови при поступлении обращали на себя внимание следующие изменения: лейкоцитоз у 55 детей (80,9%), а средняя величина составила $15,43 \cdot 10^9/\text{л} \pm 6,82 \cdot 10^9/\text{л}$. Однако у 16,2% детей отмечался нормоцитоз и у 2,9% лейкопения. Также отмечались выраженные изменения со стороны СОЭ в 76,5% случаев и средняя величина составила

$30,37 \text{ мм/ч} \pm 17,88 \text{ мм/ч}$. Кроме того, у большинства пациентов (85,7%) отмечалось повышение уровня С-реактивного белка и в среднем этот показатель составил 160,17 мг/л.

Вывод: основным легочным осложнением пневмоний у детей является плеврит, который наиболее часто осложняет правосторонние пневмонии. Клинически осложненные пневмонии характеризуются тяжелым течением за счет дыхательной недостаточности 1-2 степени, интоксикационного и гипертермического синдромов, лабораторно воспалительными изменениями в общем анализе крови.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ДЕКСМЕТОМИДИНА, ГАЛОПЕРИДОЛА И ЗОЛОМАКСА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Лутфиллаев О. К. – докторант, РНЦЭМП
Научный руководитель: Шарипова В. Х.-д.м.н., руководитель отдела реанимации и анестезиологии РНЦЭМП

Актуальность: Послеоперационный делирий (ПОД) является тяжелым осложнением после оперативных вмешательств у пациентов пожилого возраста. Частота послеоперационного делирия у этой категории больных, по данным разных авторов, составляет от 10 до 64% [Kamitani K., Higuchi A.2018]. По данным современных исследований, ПОД диагностируется лишь в 12-35% случаев; 60-дневная летальность составляет до 3% в плановой хирургии и повышается до 10% при экстренных оперативных вмешательствах [Лихванцев В.В., 2017].

Цель исследования: Сравнить эффективность применения дексметомидина, галоперидола и золомакса в лечение послеоперационного делирия.

Материалы и методы. На базе РНЦЭМП моноцентровое проспективное сравнительное исследование вошли 60 пациентов с ПОД в отделения хирургической реанимации, перенесших экстренное оперативное вмешательство различного хирургического профиля за период с 2018 по 2021 гг. (до марта). Общими для всех больных были следующие критерии включения: 1. Сочетание хирургической патологии с развитием явлений острого психоза в виде ПОД; 2. Оценка по шкале CAM-ICU (Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit) все 4 критерия, если более 1-2 ошибки, значит CAM-ICU положительный, т.е. ПОД +, по шкале ISDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) ≥ 4 , RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) - (+ 3 - 3 балл); 3. Спонтанное дыхание; 4. Возраст старше 50 лет; Для достижения цели были выделены 3 параллельные группы. В группе дексметомидина (Д, n = 20) начальная доза дексметомидина составляла 0,7 мкг/кг/ч, поддерживающая - 0,2-1,4 мкг/кг/ч. В группе галоперидола (Г, n = 20) терапию начинали с 5 мг в/в и при отсутствии эффекта – с последующим увеличением дозы до 10 мг, и при отсутствии эффекта – до 15 мг в сутки. В группе лечения Золомаксом (З, n = 20) седацию начинали с 0,5 мг перорально 2-3 раза в день, при необходимости увеличивали дозу на 0,25-0,5 мг в зависимости от

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

тяжести симптомов и ответной реакции на лечение. Критерии эффективности лечения делирия – устранение основных симптомов делирия – дезориентации, галлюцинаций и возбуждения. Ежедневную оценку психического статуса осуществляли на основании оценок по шкалам CAM-ICU, ISDSC и RASS.

Результаты. Длительность ПОД составила 2 (1-3) суток для группы Д, и 5 (4-6) суток для группы Г и 7 (6-8) суток для группы З ($p = 0,006$). В течение 2-7 суток происходило уменьшение тяжести ПОД при оценке по шкале CAM-ICU и ISDSC у всех пациентов, более выраженное в группе Д. В группе З 11 (55%) пациентов имели симптомы ПОД через 4 суток ($p < 0,033$). Дезориентация в группе Д сохранялась только у 10% пациентов через двое суток, на четвёртые сутки дезориентированы были только 5 пациента (10%) в группе Г, в то время как в группе З дезориентация на 4-е сутки сохранялась у 14 (70%) пациентов ($p < 0,005$).

Вывод. Использование дексмететомидина в сравнении с галоперидолом и золомаксом сокращает сроки лечения ПОД на 3-5 сутки, обеспечивает более управляемую седацию пациента и более быстрый регресс основных клинических проявлений ПОД – ажитации, дезориентированности и галлюцинаций при меньшей частоте побочных эффектов.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ СИНДРОМОМ

Мадаминаова Д., магистр 2-курса

*Научный руководитель: Рабиева Б.Т., Кафедра факультативной педиатрии и неонатологии,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Широкая распространенность артериальной гипертонии во взрослой популяции, ее неблагоприятный прогноз определяют повышенный профессиональный интерес ко всем аспектам этого заболевания. Естественно, что педиатры не должны оставаться в стороне от этой серьезной медико-социальной проблемы, поскольку истоки артериальной гипертонии часто находятся в детском возрасте.

В последние годы АГ у детей стала регистрироваться чаще. Нормальный уровень АД у детей и подростков определяется по центильным таблицам и зависит от возраста, пола и роста пациента. На уровень АД оказывают влияние и многие другие факторы, например, техника выполнения его измерения.

Цель исследования. Оценить эхокардиографические показатели у детей с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 48 детей в возрасте от 10 до 17 лет, находящихся на стационарном лечении в АОДБ с диагнозом артериальная гипертония, из них 32 мальчика (66,6%) и 16 девочек (33,3%).

Все дети были разделены на 2 группы. Основную группу составили дети с АГ ($n = 23$, из них: 20 мальчиков (86,9%) и 3 девочки (13,1%). В контрольную группу вошли дети с АГ и избытком массы тела, ожирением ($n = 25$, из них: 12 (48%) и 13 (52%), соответственно). В каждой группе мальчики и девочки были разделены на подгруппы с учетом возрастного критерия: 10–15 лет и старше 15 лет.

Результаты исследования. При оценке систолической функции левого желудочка по данным эхокардиографии, в контрольной группе отмечались статистически значимо более ($p = 0,05$) высокие значения ударного объема, толщины задней стенки левого желудочка в систолу, а также диаметра левого желудочка в систолу, так и в диастолу по сравнению с данными основной группы.

Выраженных межгрупповых различий значений структурных параметров, включающих фракцию выброса, фракцию укорочения, диаметр правого желудочка, толщину задней стенки левого желудочка в диастолу у детей с АГ при сравнении с контрольной группой выявлено не было.

Вывод. Анализ гемодинамических показателей на основании эхокардиографического метода исследования у детей с АГ, позволит учитывать их в качестве дополнительных диагностических критериев у пациентов с высоким уровнем факторов риска атеросклероза, угрожаемых по развитию артериальной гипертонии.

Эхокардиография является высокочувствительным методом оценки состояния сердца. Он позволит выявить ранние структурно-функциональные изменения миокарда и анализировать их динамику в процессе наблюдения и лечения.

ПОКАЗАТЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ И НУТРИЕНТОВ ГРУДНОГО МОЛОКА У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ

Мадаминаова Д.И. - магистр 2 курса

*Научный руководитель: Солиева М.О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Основной целью данной работы явилось изучение соотношения гидролитического фермента пепсиногена и белка в составе грудного молока кормящих матерей в ходе лактации.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материал и методы исследования. Обследованы 134 кормящие женщины без фоновых и экстрагенитальных заболеваний до и во время беременности и в период лактации. Контингент кормящих матерей в зависимости от лактационного периода распределялись следующим образом: 1-3 месяца – 35 (I период); 4-6 месяца – 52 (II период); 7-9 месяца – 26 (III период) и 10-12 месяца – 21 (IV период).

Результаты исследования и их обсуждение. В исследуемых образцах грудного молока изучалось содержание белка и фермента пепсиногена. При интерпретации изучаемых показателей нами учитывалось не только содержание белка и пепсиногена (г/л, ед/мин), но также их напряжение (выделение) с учетом суточного объема молока (г/л/сут, ед/мл/мин). Среднее выделение пепсиногена в первые месяцы лактации во всех группах кормящих матерей показал, что ГМ обладает достаточно высокой протеолитической активностью за счет пепсиногена ($8,2 \pm 0,46$ ед/мл/мин), и к концу лактации этот показатель существенно снижался (до 4,4 ед/мл/мин, $P < 0,001$). Снижение пепсиногена в составе ГМ в период лактации (впервые 12 месяцев) не происходит равномерно. Так, отмечается некоторое увеличение этого параметра на 7 - 8 месяцы лактации ($8,2 - 8,4$ ед/мл/мин, $P < 0,05 - 0,01$). Изучение динамики выделения пепсиногена в составе ГМ у разных кормящих женщин показали некоторую закономерность: у молодых первородящих женщин первоначальная вариация выделения пепсиногена высокая, а у женщин в возрасте 30 лет и старше, а также у повторнорожавших (3 и более родов) - низкая. Отмечается, что если в начале лактации в составе ГМ выделяется большее количество пепсиногена (первородящие с 1-2 родами, в возрасте 20 лет и младше), то их динамика в ходе лактации снижается более круто, чем у тех женщин, у которых первоначальное выделение пепсиногена было более низкое (повторнородящие, 3 и более родов, в возрасте 30 лет и старше). У последних, после некоторого снижения выделения пепсиногена в составе ГМ, в последующие месяцы лактации выделение этого фермента нарастает и более длительное время удерживается в этих пределах.

Выводы. Среди кормящих матерей с I степенью анемии имеется категория женщин, у которых в составе ГМ отмечается снижение белков, жиров, углеводов и калорийной стоимости его.

У женщин со II степенью анемии в составе ГМ происходит значительное снижение содержание пищевых ингредиентов и калории. Последние еще более выражены в группах женщин с возрастом 30 лет и старше, паритетом 3 и более родов и периодом лактации более 6 месяцев. Энергетическая же стоимость ГМ при этом поддерживается за счет углеводов.

У больных женщин с III степенью тяжести анемии во всех группах происходит значительное «падение» содержания всех пищевых ингредиентов и калорийных ценности грудного молока, что приводит к значительному дефициту потребления пищевых веществ и энергии их детьми, которые могут служить основой развития алиментарно-дефицитных состояний.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

*Мадрахимова Мадинабону
студентка 204 группы лечебного факультета АГМИ*

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) – обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием желчных камней в желчном пузыре (холецистолитиаз), реже – в желчных протоках (холангиолитиаз). Этой болезнью страдает много людей в мире, и в итоге ежегодно выполняется более 1.5 млн холецистэктомий.

Камни в желчном пузыре могут различаться по размеру, форме и количеству, но они делятся на холестериновые и пигментированные (билирубиновые) камни в зависимости от их основных компонентов.

Желтые камни в желчном пузыре состоят из нерастворимого холестерина с различными соединениями (минералами, билирубином). Большинство камней (80%) имеют холестериновое происхождение.

Симптомы камней в желчном пузыре зависят от расположения камней и их размера. В зависимости от тяжести воспалительных процессов и наличия функциональных нарушений симптомы и течение заболевания различаются.

Характерным болевым синдромом при желчнокаменной болезни является желчная или печеночная колика, характеризующаяся внезапной режущей, колющей болью, локализуемой под правым ребром. Через несколько часов боль полностью сконцентрируется в области проекции желчного пузыря. Может попадать в спину, под правую лопатку, в шею, в правое плечо. Боль обычно возникает после длительной работы с острой, жирной пищей, употребления алкоголя, стрессов, физических нагрузок, наклонов. Сопутствующие симптомы – тошнота (вплоть до рвоты). Рвота часто может сопровождаться желчью. Температура может повышаться от субфебрильной до сильной лихорадки.

При физикальном обследовании пациента выявляются симптомы Захарина, Ортнера, Мерфи которые характерны для наличия конкрементов в желчном пузыре и болезненность кожи в области желчного пузыря и напряжение мышц брюшной стенки. На коже ксантема, механическая желтуха с характерным желтовато-коричневым цветом кожи и склер глаз.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Общий анализ крови показывает умеренное усиление неспецифических воспалительных симптомов-лейкоцитоза. Холецистография четко показывает увеличенный желчный пузырь, твердые образования в стенках и камни внутри.

Ультразвуковое исследование брюшной полости – самый информативный и распространенный метод, который показывает признаки холецистита.

Лечение желчных камней может быть консервативным и оперативным. Существуют методы растворения конкрементов с помощью современных препаратов, но со временем могут образовываться новые камни.

Профилактика образования камней в желчном пузыре основана на избегании факторов. Сбалансированное питание, нормализация массы тела, регулярные физические нагрузки и активный образ жизни позволяют избежать нарушений обмена веществ. Людям с генетической предрасположенностью к камнеобразованию следует обращать особое внимание на состояние обмена холестерина.

СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ И АНАЛЬГЕЗИИ

Мадумарова Азиза Акбаровна

*Студентка 301 группы медико-биологического факультета
Ташкентского педиатрического медицинского института*

Актуальность. Большинство методов регионарной анестезии, разработанных для взрослых, вполне приемлемы и у детей, тем не менее, у них необходим подбор индивидуальных способов с учётом степени риска и преимуществ. Оперативные вмешательства в абдоминальной области характеризуются максимальной степенью хирургической агрессии и радикализмом, что обусловлено характером и степенью выраженности вызванных им нарушений функций.

Целью исследования явилась оценка эффективности и безопасности анестезиологического обеспечения и оптимизация послеоперационного обезболивания в условиях мультимодальной анестезии и аналгезии при абдоминальных операциях у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 96 детей в возрасте от 1 до 17 лет с различными вариантами хирургической патологии органов брюшной полости, подвергшихся оперативным вмешательствам. Для обеспечения анестезиологической защиты (n=50) 52% детям была использована комбинированная мультимодальная анестезия пропофол, фентанил с сочетанием эпидуральной анестезии и севофлюраном основная I- группа и у (n= 46) 48% пациентам применена пропофол+кетамин с поддержанием методом постоянной инфузии данных препаратов в сочетании севофлюрана.

Результаты. Результаты исследования показали, что у больных в I-ой группе после премедикации отмечалась достоверное увеличения ЧСС на 11,77%, МОК на 12,44%, остальные показатели увеличивались недостоверно. Показатели УО на 0,61%, УИ на 2,55%, СИ на 15,63%, САД на 1,4%, УПС на 4,46% и ФИ на 0,27% по сравнению с исходными данными ($p>0,05$). На этапе индукции анестезии, после введения препаратов отмечалась незначительно увеличения показателей СИ на 25,48% ($p<0,05$) и показателя УО на 8,83%, УИ на 10,96%, МОК на 9,02%, УПС на 13,42% соответственно ($p>0,05$), остальные показатели претерпевали незначительные изменения. Следует подчеркнуть, что показатель ЧСС уменьшился на 10,06% ($p<0,05$) по сравнению с таковым исходным периодом.

Наиболее травматичном этапе операции отмечалось повышения показателей УО на 5,84%, УИ на 8,1%, ЧСС на 7,56%, МОК на 12,44%, СИ на 18,75%, УПС на 9,29% по сравнению с их исходными величинами, причем ФИ повысилась достоверно на 3,01%. Наблюдалась незначимое снижение АДсис на 3,9% и достоверное снижения АДдиасна 12,5%.

В периоде конце операции отмечалось повышения ЧСС на 9,55% ($p<0,05$), СИ на 12,26%, МОК на 11,71%, ФИ на 1,75%, при этом отмечалось снижения таких показателей гемодинамики, как УО на 0,4%, УИ на 0,62%, САД на 2,3%, и УПС на 0,78% по сравнению с их исходными величинами. В данном этапе анестезии по сравнению с исходными значениями АДсис значимо снизилась на 3,2% и АДдиасна 12,5%.

Заключение. Комбинированная мультимодальная анестезия в составе эпидуральной блокады и ингаляционной анестезии севофлюраном способствует высокой управляемости анестезии, гладкому течению наиболее травматическом этапе, раннему энтеральному питанию, ранней активизации и реабилитации пациентов, начиная с первых часов в отделении реанимации, что является важным фактором профилактики послеоперационных осложнений.

З.Ш.Мадумарова, Ш.А.Боротова
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Человеческая дружба и отношения очень сложны по самой своей природе даже в лучших обстоятельствах. В отношении с больными СПИД и их близких, какими бы полноценными они не были, часто осложняются по разным причинам в психической сфере. Болезнь у друга или любимого человека, может сделать осложнения трудно разрешимыми. Больные СПИД и их окружающие испытывают очень сильные эмоциональные переживания. Эти переживания могут оказаться виной, страхом или злостью. Управлять чувствами, которые часто меняются, противоречат друг другу, очень сложно, поэтому это становится задачей, причем очень трудной. Тем не менее, решение этой задачи может судить отношении их в будущем. В контексте ВИЧ, не разрешенные когда-то проблемы, противоречия сразу выходят наружу, увеличиваются, а также встают новые проблемы, связанные с самим заболеванием. Если у человека обнаруживают ВИЧ-инфекцию, это непосредственно касается всех людей в его или ее жизни. Даже те, кто сознательно расстается со своими ВИЧ-положительными друзьями или родственниками, оказывается "затронутым". Когда люди впервые узнают о том, что друг или член семьи ВИЧ-положительных, их могут захватить две противоположные реакции: они могут начать избегать человека (по любой причине) или они могут начать постоянно навязывать свое присутствие. Хотя в первую реакцию чаще ожидают, как ни удивительно, второй вариант встречается не реже. Очень часто человек, боявшийся того, что ему придется бороться с отвержением семьи, обнаруживает, что его главная проблема - чрезмерное внимание и постоянные расспросы. Может потребоваться долгая практика и взаимные уступки, прежде чем близкие перестанут переходить грань между естественным интересом и беспокойством и вмешательством в чужую жизнь. Самая распространенная ошибка, которую совершают близкие ВИЧ-положительных - это постоянное восприятие их как "пациентов". Некоторые люди, по каким-то причинам, действительно расторгают дружбу после того, как узнают о ВИЧ-статусе. Хотя это очень болезненно, большинство ВИЧ-положительных со временем приходят к выводу, что это не были их настоящие друзья, ведь друзья - это те, на кого можно положиться в трудное время. По этому для многих людей с ВИЧ-инфекцией семья - это вообще не биологические родственники, а ближайшие друзья, люди с группы взаимопомощи и так далее. С точки зрения ВИЧ, семья - это те люди, которые любят человека, и готовы поддерживать его в опыте жизни с ВИЧ-инфекцией.

Таким образом, врачу общей практики придется консультировать не только больных, и их близких по поводу ВИЧ, пути заражения, о методах профилактики и лечения. И очень важно учитывать, что сообщение о ВИЧ инфицированности, обычно вызывает различную реакцию у людей, чаще всего - шок и неверие, в зависимости от того, насколько удивлен слушатель. У некоторых, особенно у ничего не подозревавших родителей, это могут быть слезы, иногда сопровождающиеся виной и злостью. Раскрытие ВИЧ-статуса должно быть спланировано заранее и сопровождаться личным, но сдержанным рассказом, затем нужно будет начать предоставлять близким информацию. Если он или она сами расплачутся, то отчаяние будет всеобщим, и ситуация будет восприниматься как безнадежная. Необходимо предвидеть, какие страхи могут возникнуть у собеседника, и заранее подготовить на них ответы, что поможет обеим сторонам сохранить контроль и перспективу. Также нужно поощрять близких, чтобы они задавали вопросы. Близкие людей с ВИЧ-инфекцией должны осознавать обоюдоострый эффект сочувствия, реальность своих проблем с дискомфортом и "незнанием, как себя повести", необходимость признать ограниченность своих возможностей и вероятность эмоционального отчуждения ВИЧ-положительного близкого. Вследствие дискомфорта, стресса больные в какой-то степени изолируются от других, это тоже в свою очередь углубляет дезадаптацию больного и может развиваться депрессия. Диагноз ВИЧ-инфекция не должен автоматически менять повседневную жизнь. Друзья и семья могут сохранить эту норму жизни, поддерживая свои личные ритуалы и традиции, проводя вместе время. Никаких изменений в образе жизни человека обычно не нужно, и сохранение обычной повседневной жизни само по себе является поддержкой. Планирование будущего - это обязательная часть нормальной жизни. Важно поддерживать ВИЧ-положительных людей при составлении долгосрочных жизненных планов. Если люди с ВИЧ-инфекцией хотят получить высшее образование, получить дополнительное обучение или завести детей, то важно разделить с ними радость ожидания этого.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР ГОРОДА АНДИЖАН

*Максудов Б.Д., студент 314-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Махсудова Х.Ф., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) — это большая группа инфекционных заболеваний человека с фекально-оральным механизмом заражения, вызываемых патогенными и условно-патогенными бактериями, вирусами и простейшими.

Цель исследования. Клинико-эпидемиологический анализ ОКИ у детей, госпитализированных в стационар.

Материалы и методы исследования. Методом сплошной выборки в исследование были включены 50 историй болезни пациентов, поступивших с кишечной инфекцией в стационар АОДБ.

Результаты исследования. Всем детям были проведены бактериологическое исследование кала на патогены кишечной группы и определение ротавирусного антигена. В структуре ОКИ установленной этиологии в 99% случаев выделен ротавирус и в 1% инфекция была вызвана условно-патогенной флорой. Воспалительные изменения в ОАК и копрограмме были зафиксированы у 25 и 2% детей соответственно. Анализ терапии ОКИ показал, что инфузионная терапия проводилась в 99% случаев.

У большинства больных (64,9%) заболевание протекало с поражением толстого кишечника и топиический диагноз был энтероколит (у 46,8%), реже — гастроэнтероколит (14,5%) и колит/гемоколит (3,6%).

В 35,1% случаев в патологический процесс были вовлечены только верхние отделы пищеварительного тракта и топиический диагноз был гастроэнтерит (у 22,6%), реже — энтерит (у 11,3%) и, в единичных случаях, только у детей старшего возраста — гастрит (у 1,2%).

Таким образом, у детей раннего и дошкольного возраста ведущим (у 68,1%) оказался колитический вариант: энтероколит (49,5%) или гастроэнтероколит (14,3%), реже — гемоколит (у 4,3%). Причем, поражение толстого кишечника наблюдалось тем чаще, чем младше был больной. Гемоколиты мы наблюдали у детей только в возрасте до 7-ми лет. Наоборот, среди детей более старшего возраста увеличивалось количество больных с вовлечением в патологический процесс только тонкого отдела кишечника и уже у всех больных в возрастной группе 10—14 лет кампилобактериоз протекал по типу гастроэнтерита (у 83,3%) или энтерита (у 16,7%).

Среди ОКИ бактериальной этиологии также обращает на себя внимание и достаточно высокая доля клостридиоза, которая достигает в отдельные годы 9,9% (2014 г., табл. 2). Обследование на *Cl. difficile* проводится, в основном, у детей с гемоколитом, развившимся на фоне антибактериальной терапии по поводу кишечной инфекции, реже — респираторных заболеваний и др. Лабораторная расшифровка клостридиозной инфекции стала возможной с внедрением новых методов диагностики (иммунохроматографический метод и иммуноферментный анализ) с определением антигенов и токсинов А и В в кале.

Вывод. Таким образом, верификация ОКИ в стационаре составила 80%. Значимая роль принадлежала ротавирусной инфекции. Ведущим синдромом ОКИ у госпитализированных был токсикоз с эксикозом.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Максудов Б.Д., студент 314-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Махсудова Х.Ф., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальность проблемы часто и длительно болеющих детей связана со значительным количеством пациентов, которых можно отнести к данной категории. На долю часто болеющих детей в среднем приходится до 70–85% всех случаев респираторных заболеваний пациентов детского возраста. Среди школьников наиболее подвержены респираторным инфекциям учащиеся начальных классов - до 50% всех случаев ОРВИ.

Цель исследования. Изучение этиологической структуры инфекций верхних дыхательных путей у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ истории болезни 40 детей младшего школьного возраста с острыми респираторными инфекциями на аденовирусную инфекцию и вирус парагриппа. Вирусы были диагностированы серологическим методом определения нарастания титров антител.

Результаты исследования. Кровь у больных для исследования брали два раза, т. е. в период разгара заболевания, а также в период выздоровления. Параллельно для выявления патогенной флоры было проведено бактериологическое исследование мазка из зева и слизистых оболочек носа.

Результаты исследования показали, что у 2 больных титры антител на аденовирус нарастают 1,5 раза, у 20 (50%) больных титры антител на парагрипп нарастают в несколько раз.

Клиническая картина у 15 (37,5%) больных проявлялась фарингитом, у 7 (17,5%) - ринитом. Основными симптомами больных с фарингитом были боль при глотании, повышение температуры, головная боль. При осмотре отмечалось покраснение задней стенки глотки, увеличение небных миндалин, увеличение лимфатических узлов на шее и белый налет в зеве.

У больных с ринитом отмечали такие симптомы, как недомогание, субфебрильная температура, заложенность носа, чихание, серозное выделение из носа. Аденовирусная инфекция протекала с явлениями конъюнктивита. У 12 (30%) больных парагриппозная инфекция сочеталась с бактериальной инфекцией: посев из слизистых зева и носа у этих больных обнаружил наличие стрептококковой флоры.

Вывод. Таким образом, в этиологической структуре инфекций верхних дыхательных путей у детей младшего школьного возраста существенная роль принадлежит вирусу парагриппа и бактериальной инфекции.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

*Максудов Б.Д., студент 314-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Махсудова Х.Ф., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Сахарный диабет – заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина в организме, характеризуется серьезным нарушением обмена углеводов с гипергликемией (повышение содержания сахара в крови) и глюкозурией – появление сахара в моче (сахарное мочеизнурение).

Таким образом, можно сделать вывод, что реабилитация пациентам при нарушениях обмена веществ нужна, так как с помощью нее пациент быстрее справится со своей проблемой и будет чувствовать себя лучше.

Цель исследования. Оценка эффективности программы реабилитации детей, больных инсулинозависимым сахарным диабетом, на базе отделения медицинской реабилитации.

Материалы и методы исследования. Обследовано 115 больных СД 1-го типа в возрасте от 5 до 18 лет, госпитализированных в дневной стационар при АОДБ в период с 2018 по 2019 г. включительно. Данный дневной стационар оказывает помощь на третьем этапе медицинской реабилитации.

Результаты исследования. В 2018 г. пролечено 85 пациентов с СД 1, что составило 14,2% от общего числа больных в стационаре за год. В 2019 г. на лечении находилось 30 детей -2,5% всех госпитализированных.

Среднее пребывание больного на койке составило 11,9 (норматив 11,0 к/дня), превышение - на 0,9 к/дня. Среди инвалидов доля девочек 46,5%, мальчиков -53,4%. Дети-инвалиды чаще всего встречались в возрастной категории от 5 до 9 лет (34,4%).

Психологическими особенностями детей с сахарным диабетом являются высокий уровень личностной тревожности, зависящий от давности заболевания и не имеющий четкой зависимости от компенсации диабета и возраста ребенка; неуверенность в себе, обращение в прошлое, тревожность, которые определяют экстернальный локус контроля болезни и снижают мотивацию к самоконтролю.

Существенную роль на процесс управления за заболеванием у детей с сахарным диабетом играет такой социальный фактор, как образовательный уровень родителей: регулярность самоконтроля значительно выше (63,0%) в семьях с высшим образованием родителей.

В условиях местного санатория «Беломорье» можно сочетать терапию природными бальнеологическими факторами с элементами психологической, социальной коррекции через образовательную программу для детей с сахарным диабетом.

Комплексная реабилитация детей с сахарным диабетом в условиях местного курорта Беломорье в сочетании с традиционной терапией способствует оптимизации углеводного обмена и адаптации ребенка к ситуации болезни.

Игровая программа обучения повышает уровень знаний о диабете, изменяет поведение ребенка на самостоятельное участие в терапии и контроле за болезнью.

Вывод. При анализе работы стационарозамещающих технологий отмечается увеличение доли детей, получающих курсовое реабилитационное лечение на базе дневного стационара и выписывающихся с улучшением.

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Мамадалиев А.Б. – ассистент кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии

Кодиров Д.Р.- магистр

Научный руководитель: профессор Кариев Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Геморрагический инсульт, в частности нетравматическое внутримозговое кровоизлияние, стало уже не только медицинской, но и социальной и экономической проблемой, поскольку острые нарушения мозгового кровообращения занимают третье место среди причин смерти и первое место среди причин инвалидности - до 80% пациентов, перенесших инсульт, становятся инвалидами.

Частота развития геморрагического инсульта в мире колеблется от 0,13 до 0,271% и зависит от множества сопутствующих факторов, таких как климат, наследственность, общественное и экономическое развитие региона, местные обычаи и уровень развития профилактической медицины, в частности заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы данные 85 больных с геморрагическим инсультом, находившихся на лечении в отделениях неврологии и нейрохирургии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 01.01.2016 по 01.01.2020 гг. Всем больным проведен комплекс клинико-диагностических мероприятий, рекомендованный Ассоциацией врачей экстренной помощи Республики Узбекистан. Данные мероприятия включали общий и неврологический осмотр, нейровизуализацию (МСКТ), осмотр смежных специалистов и лабораторно-инструментальные методы исследования. Все пациенты были поделены на 4 возрастные группы (Возрастная классификация ВОЗ, 2017):

1. Молодая возрастная группа (до 44 лет) – 14 (17,6%) больных;
2. Средняя возрастная группа (до 59 лет) – 31 (36,4%) больных;
3. Пожилая возрастная группа (до 74 лет) – 35 (41,2%) больных;
4. Старческая возрастная группа (старше 75 лет) – 5 (5,8%) больных.

Результаты и их обсуждение. Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно сказать, что встречаемость средних и больших внутримозговых кровоизлияний в Андижанской области превалирует в средней и пожилой возрастной группах. Наименьший показатель зарегистрирован в старческой возрастной группе, что объясняется скорее средней продолжительностью жизни, нежели возрастными особенностями. В молодой возрастной группе у 5 больных (35,5%) при дальнейшем ангиографическом исследовании выявлены ангиоцеребральные патологии (мешотчатая аневризма, артерио-венозные мальформации).

Выводы.

1. Среди населения Андижанской области наиболее подвержены риску поражения средними и большими нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями лица среднего и пожилого возраста с гипертоническим анамнезом.
2. У лиц молодого возраста наиболее частой причиной геморрагического инсульта были патологии сосудов головного мозга (35,5%).

НЕТРАВМАТИЧЕСКИЕ ВНУТРИМОЗГОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ С ПРОРЫВОМ КРОВИ В ЖЕЛУДОЧКОВУЮ СИСТЕМУ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Мамадалиев А.Б. – ассистент кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии

Хурсанов А.А. - магистр

Научный руководитель: профессор Кариев Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Согласно мнению некоторых авторов, смертность при внутрижелудочковых кровоизлияниях достигает 50-80%. В современной нейрохирургической практике довольно успешно применяются методики эндоскопического и пункционно-аспирационного устранения кровоизлияния. Раннее одномоментное удаление внутримозгового кровоизлияния и пункция переднего рога бокового желудочка с выведением дренажа за полость черепа, снижает масс-эффект и риск острой окклюзионной гидроцефалии.

Цель исследования. В данном исследовании нами была поставлена цель анализа результатов лечения смешанных паренхиматозно-вентрикулярных кровоизлияний в различных возрастных группах.

Материалы и методы исследования. В качестве материала для нашего исследования мы использовали данные 30 пациентов со смешанными паренхиматозно-вентрикулярными кровоизлияниями. При распределении пациентов по возрасту, мы использовали возрастную классификацию ВОЗ от 2017 года. Ни в одной возрастной группе уровень сознания пациентов при госпитализации не был выше 8 баллов по

ШКТ. В молодой возрастной группе все пациенты были в состоянии комы, средней возрастной группе у 90% больных наблюдалась кома, у 10% - сопорозное состояние. В пожилой возрастной группе пациенты по уровню нарушения сознания распределились следующим образом: кома – 86,7%, сопор – 30%, оглушение – 1%. По локализации основного объема паренхиматозно-вентрикулярного кровоизлияния превалировало латеральное расположение гематомы во всех возрастных группах: в молодой – 5 пациентов (100%), средней – 6 (60%), пожилой – 9 (60%). Хирургическое лечение включало в себя открытое удаление внутримозговой гематомы под микроскопической ассистенцией и пункцию переднего рога соответствующего бокового желудочка с последующим его дренированием.

Результаты. Летальность в молодой возрастной группе на седьмые сутки составила 80%, в средней возрастной группе – 70%, в пожилой – 46,7%. У выживших больных на 28 сутки летальности не наблюдалось, дальнейшее качество жизни и регресс неврологического дефицита оценивались по шкале Рэнкина. Так как в контингенте изучаемых больных ни у кого из пациентов не наблюдалось 0, 1, 2 балла по данной шкале, эти пункты нами не учитывались. Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно отметить, что регресс неврологического дефицита прямопропорционально зависит от возраста. Чем моложе пациент, тем выше вероятность скорейшего регресса неврологических нарушений.

Выводы. Внутримозговые кровоизлияния, протекающие с прорывом крови в желудочковую систему являются тяжелой патологией и сопровождаются высокой летальностью (46,7-80%). При этом смертельный исход на первые седьмые сутки более вероятен у пациентов молодой возрастной группы до 44 лет (80%) и средней возрастной группы до 59 лет (70%) и менее вероятен у пациентов средней и пожилой возрастных групп (46,7%). В ближайшем катамнезе регресс неврологического дефицита у пациентов различных возрастных групп также разнится. Выявлена прямопропорциональная зависимость восстановления и возраста больных. У пациентов молодой и средней возрастной групп реабилитация протекает быстрее.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СУХОГО ЭКСТРАКТА ЛЕСБОХОЛА НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВ ЖЕЛУДКА, ВЫЗВАННЫЙ ИММОБИЛИЗАЦИОННЫМ СТРЕССОМ

Мамадалиев Ш.И. - ассистент кафедры фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии

Научные руководители: Загруддинов Ф.Ф. и Болтабаева Д.Ф. старшие преподаватели кафедры фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Гастропатии, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гиперацидные и стрессовые гастриты широко распространены среди трудоспособного населения всего земного шара, что объясняет большую медицинскую и социальную значимость проблемы. Базисная фармакотерапия язвенной болезни включает блокаторы рецепторов гистамина и протонной помпы, антациды, антихеликобактерные препараты, гастропротекторы.

Целью настоящего исследования явилось изучение и оценка эффективности сухого экстракта “Лесбохол”, при пероральном введении, выделенного из лекарственных растений местной флоры, при экспериментальной язве желудка крыс, вызванной стрессом.

Методы исследования. Эксперименты были проведены на 24 белых крысах-самцах массой тела 180-200 г. Моделированы два варианта язвообразования: стресс-язва желудка, вызванная иммобилизационным стрессом. Для воспроизведения насильственной иммобилизации крыс, голодавших в течение 48 часов, привязывали за лапки на 24 часа спиной к доске. Крысам подопытных групп перорально через металлический зонд вводили Лесбохол в виде сухого экстракта внутривентрикулярно в дозе 50 мг/кг за 1 час до моделирования стрессорной язвы. Крысам контрольной группы вводили равный объем питьевой воды в соответствующих режимах. Полученные данные были статистически обработаны по критериям Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. На фоне иммобилизации наблюдаются дистрофические изменения в стенке желудка почти у всех подопытных животных. Отмечаются множественные кровоизлияния с точечными и линейными изъязвлениями. При вскрытии животных контрольной группы обнаружено наличие язвенных поражений у 100% крыс (6 из 6). У крыс подопытных групп, с предварительным введением лесбохола в дозе 50 мг/кг, язвы также обнаружены у всех животных (6 из 6). Причем деструктивные изменения несколько отличались по количеству язв. Основными показателями противоязвенного действия препарата служили изменения среднего количества язв на одну крысу. Так, если количество мелких точечных язв у крыс контрольной группы составляло $35,0 \pm 2,9$, у крыс с предварительным введением лесбохола оно уменьшилось почти в три раза, и составляло $12,3 \pm 1,02$. Количество крупных язв у крыс контрольной группы составляло $13,3 \pm 1,6$, а у крыс с применением лесбохола почти в два раза уменьшилось, и составляло $6,0 \pm 0,97$. Количество полосатых язв у крыс контрольной группы составляло $13,5 \pm 1,3$, у крыс с применением лесбохола почти в три раза уменьшилось, и составляло $5,2 \pm 1,08$. Итак, общее число язв у крыс контрольной группы составляло $61,8 \pm 4,14$, у крыс с применением лесбохола уменьшилось почти в три раза, и составляло $23,5 \pm 1,8$.

Выводы. Исходя из выше изложенного можно сказать, что новый отечественный препарат Лесбохол в экспериментальных условиях проявляет выраженное защитное действие на слизистую желудка. Лесбохол в качестве потенциального высоко эффективного противоязвенного средства, представляет практический интерес и может быть рекомендована для профилактики и лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

СПОСОБЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ

*Мамадалиева М.М., Асранкулова Д.Б.
кафедры акушерства и гинекологии №1
Андижанского государственного медицинского института*

Актуальность. В настоящее время в России по данным различных источников уровень анемии у беременных остается на постоянном уровне и колеблется от 35 % до 42 % .

Большое значение ЖДА обусловлено не только высокой встречаемостью данной патологии в структуре экстрагенитальных заболеваний среди беременных женщин, сколько отрицательным воздействием на функционирование всех систем и органов, а также на беременность, роды, послеродовой периоды и на плод.

Анемия (от греческого «отсутствие крови») представляет собой клинико-гематологический симптомокомплекс, при котором отмечается снижение гемоглобина и (или) эритроцитов в крови.

Многие авторы выделяют так называемую физиологическую ЖДА беременных, проявляющуюся умеренным, а иногда и скрытым (латентным) дефицитом железа. Причина ее заключается в увеличении объема циркулирующей крови, необходимого для кровообращения плода. Благодаря физиологической ЖДА кровь изменяет свои реологические свойства, уменьшается ее вязкость, так как снижается гематокрит. При этом отмечается улучшение микроциркуляции, что является естественным адаптационным механизмом при беременности – нормальное функционирование плаценты и питание плода [8].

Цель исследования. Оптимизация диагностики, профилактики и лечения железодефицитных состояний у беременных и родильниц на основе установленных патогенетических вариантов.

Материалы и методы исследования. Проспективное исследование включало 102 женщин, разделенных в зависимости от задач исследования на 4 независимых группы.

Результаты исследования. Частота манифестного дефицита железа (МДЖ) у беременных и родильниц за последние 5 лет не имеет тенденции к снижению и составляет 25,9% у беременных и 11,2 % у родильниц.

При беременности, осложнённой МДЖ лёгкой степени, по сравнению с беременностью, не осложнённой дефицитом железа, в 4 раза чаще развивается плацентарная недостаточность и преждевременные роды; в 1,5 раза чаще - угроза прерывания беременности; у 1/3 пациенток послеродовой период осложняется МДЖ; достоверно чаще возникают послеродовые кровотечения и инфекционные осложнения; достоверно выше частота рождения недоношенных детей и осложнений у новорожденных в раннем неонатальном периоде. У беременных с МДЖ лёгкой степени не выявлено достоверного влияния дефицита железа на массу тела доношенных детей и величину оценки их состояния по шкале Апгар при рождении.

У беременных и родильниц при развитии железодефицитных состояний отмечается снижение уровня коэффициента адекватности продукции эритропоэтина пропорционально стадии дефицита железа. Частота неадекватной продукции эритропоэтина в среднем выявляется у 47,2% беременных с МДЖ лёгкой степени, а у родильниц - пропорционально степени тяжести МДЖ (у 12% родильниц при лёгкой степени тяжести, у 50% - при средней и у 80% - при тяжёлой степени тяжести МДЖ).

Внедрение в широкую акушерскую практику разработанного алгоритма, позволяет выявлять ранние стадии ЖДС, эффективно предотвращать развитие МДЖ (94%) и связанных с ним осложнений у матери, плода и новорожденного, обеспечивать эффективное патогенетическое лечение.

Вывод. Таким образом, из всего вышеописанного можно сделать вывод о том, что ЖДА беременных является серьезной патологией, влекущей за собой множество осложнений со стороны как матери, так и плода. Поэтому данная проблема требует обязательной и незамедлительной коррекции.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ОБНАРУЖЕНИЮ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ «КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК» ПРЕДЕКЛАМПСИИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

*Мамадиева М.С., Асранкулова Д.Б.
Кафедры акушерство и гинекология №1
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Преэклампсия является важной медико-социальной проблемой во всем мире, оставаясь одной из главных причин перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. По данным Минздрава России в течение последнего десятилетия гипертензивные расстройства при беременности занимают 3-4 место среди причин материнской смертности [2,6].

В развивающихся странах преэклампсия остается причиной 40-80% материнской летальности [4,5]. Осложнениями преэклампсии являются HELLP-синдром, нарушения мозгового кровообращения, отслойка плаценты, плацентарная недостаточность с синдромом задержки роста плода, акушерские кровотечения [1,3].

Цель исследования. Уменьшение осложнений беременности и родов в результате скринингу, профилактики и терапии ПЭ в условиях Ферганской долины.

Материалы и методы исследования. У 67 беременных группы риска по перинатальным осложнениям проведена дородовая подготовка аква-эробикой. 73 беременных группы риска по перинатальным осложнениям получали только медикаментозную терапию. 70 беременных с неосложненной беременностью при взятии на учет составили контрольную группу. Изучено течение беременности, родов и раннего неонатального периода у детей с помощью биохимических и инструментальных методов.

Результаты исследования. Значимыми анамнестическими детерминантами ранней и тяжелой преэклампсии являются артериальная гипертензия у отца беременной, хроническая артериальная гипертензия у пациентки, наличие в анамнезе женщины бесплодия и случаев преэклампсии. Статистически значимо повышают риски ранней и тяжелой преэклампсии настоящая многоплодная беременность и беременность, индуцированная в программе экстракорпорального оплодотворения.

Разработанная анамнестическая модель прогноза преэклампсии в первом триместре беременности с достаточной специфичностью (до 83,7%) и чувствительностью (до 89,4%) позволяет выделить группу высокого риска развития преэклампсии.

При беременности, осложненной тяжелой или ранней преэклампсией, развивается анемия, ассоциированная с преэклампсией (анемия хронических заболеваний), характеризующаяся перераспределительным дефицитом железа, угнетением эритропоэза и неадекватной продукцией эритропоэтина. В динамике течения беременности снижается количество тромбоцитов, наблюдаются провоспалительные изменения лейкоформулы со снижением интегральных показателей периферической крови на фоне увеличения маркеров эндогенной интоксикации и системного воспаления, регистрируются значительные прокоагуляционные сдвиги, повышение показателей функциональных проб печени и азотистого обмена, изменение электролитного статуса.

Неадекватная продукция эритропоэтина во время беременности при преэклампсии ассоциирована с повышенной плацентарной экспрессией эритропоэтина, маркеров клеточной пролиферации ki-67 и антиапоптоза bcl-2 в эндотелии капилляров и макрофагах стромы ворсин, а также показателя проапоптоза p53 в синцитиотрофобластхориальных ворсин. При тяжелой преэклампсии наблюдается снижение экспрессии эритропоэтина в фетальных эритроцитах, что сопряжено с неадекватной продукцией эритропоэтина в организме матери.

У беременных, получавших комплексную профилактику преэклампсии с использованием медицинского озона, восстанавливается адекватность продукции эритропоэтина, не развивается гипорегенераторная анемия хронических заболеваний, отсутствуют относительная тромбоцитопения, повышение маркеров системного воспаления, прокоагуляционные сдвиги показателей гемостаза, изменения функциональных проб печени, параметров белкового, азотистого, электролитного обмена, сохраняются нормальные показатели плацентарного белка трофобластического β -глобулина.

Вывод. Преэклампсия наблюдается у 10% женщин. В этиологии материнской смертности эта патология стоит на третьем месте. Частота акушерских и перинатальных осложнений у матери и новорожденного пропорциональна тяжести заболевания.

Перенесенная преэклампсия оставляет неблагоприятные последствия в последующие годы жизни у матери и ребенка, частота которых пропорциональна тяжести заболевания и длительности его течения.

До настоящего времени этиология и патогенез преэклампсии изучены недостаточно. Поэтому лечение этой патологии отличается значительным многообразием и, нередко, мало выраженной эффективностью.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ СО СМЕШАННЫМИ СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Мамажонов Д.Н., студент 611-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Абдулхакова Р.М.

*Кафедра пропедевтики детских болезней и
поликлинической педиатрии*

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Смешанные специфические расстройства психического развития включены в МКБ-10 под кодом F83.В данную рубрику отнесены сочетания специфических нарушений развития школьных навыков, речи, двигательной функции, проявляющиеся в равной степени, что не позволяет выделить какой-либо из них как основной диагноз. Как правило, у таких детей выражена общая недостаточность познавательных и интеллектуальных функций, однако не у всех пациентов.

Для детей с данной патологией характерны некоторые особенности: недостаточный запас знаний и представлений об окружающем, пониженная познавательная активность, замедленный темп формирования высших психических функций, нарушения различных сторон речи. Однако до 3-х лет ребенку ставится диагноз задержка психического развития. Среди расстройств развития речи встречаются истинная дисфазия, аутистическая эхолалия, речевая диспраксия, селективный мутизм, синдром Ландау–Клеффнера и другие. В группу расстройств моторики объединяются диспраксическая дисграфия, детская неуклюжесть, нарушение координации.

Целью данного исследования явилось изучение клинико-диагностических особенностей детей со смешанными специфическими расстройствами психического развития.

Материалы и методы исследования. Проведен клинический анализ историй болезни 95 детей. Контрольную группу (№1) составили 50 (27 мальчиков и 23 девочки) детей с темповой задержкой развития. В опытную группу (№2) включены 45 детей (32 мальчика и 13 девочек) с диагнозом смешанные специфические расстройства психического развития. Возраст варьировал от 3 до 9 лет. Проанализированы данные анамнеза, неврологического статуса, электроэнцефалографии (ЭЭГ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга. Визуальным и количественным методом, проведена оценка отдельных параметров ЭЭГ, которые позволяют определить биологическую активность головного мозга, выявить очаги повышенной активности.

Результаты исследования. Проанализированы анамнестические данные детей группы №2: течение беременности, интранатального периода, постнатального развития ребенка. Ведущие травмирующие факторы обнаружены у 36 детей (81%). Угроза прерывания отмечалась у 10 детей (23%), перинатальная энцефалопатия – у 10 детей (23%), внутриутробная гипоксия – у 6 (14%), гестоз беременных – у 5 (12%), обострение хронических заболеваний матери в период беременности – у 4 (9%), обвитие пуповины – у 4 (9%), асфиксия плода – у 2 (5%) и другие – внутриутробная инфекция, анемия, родовые травмы.

Учитывались анамнестические данные опытной группы о нервно-психических навыках детей: захват игрушки, гуление, лепет, фиксация взгляда на каком либо объекте. По данным литературы первое гуление появляется к 1-2-му месяцу жизни ребенка, а лепет – к 6 месяцам. У 31 ребенка (69%) на первых годах жизни наблюдалась задержка речевого развития. А у 15 (35%) детей наблюдалась позднее формирование навыка по длительной фиксации взгляда на предмете.

При объективном исследовании учитывались такие показатели как: реакция ребенка на осмотр врача, мышечный тонус, состояние сухожильных рефлексов, форма головы, изменения со стороны черепно-мозговых нервов, а также речь, моторика, эмоционально-познавательная сфера. В группе №2 около 42% детей охотно вступают в контакт с врачом, 24% - частично, возможно быстрое истощение, отвлечение ребенка, а 34% на осмотр не реагируют.

У большинства детей 2-й группы мышечный тонус не изменен (60,4%), снижен у 31,6% и дистоничен у 8%. Более чем у половины пациентов (58%) оживлены сухожильные рефлексы. Гидроцефальная форма головы встречается у детей (45%), уплощенный затылок у (5%) и у половины больных правильная неизменная форма. У детей (76,3%) не наблюдается патологии черепно-мозговых нервов, однако на долю расходящегося косоглазия приходится 18,4%, а сходящееся косоглазие встречается в 5,3%.

Нарушения речи (у 94,7% детей) в опытной группе представлены выраженной дизартрией (63,1%), отсутствием экспрессивной речи (13,2%), эхолалией (10,5%), заиканием (7,9%)

Вывод. Факторы риска (угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия, гестоз матери, обвитие пуповиной, ПЭП), которые преимущественно встречаются у детей со смешанными специфическими расстройствами психического развития, инициируют гипоксические процессы в головном мозге плода или новорожденного, что может привести в том числе к отдаленным последствиям в виде нарушений психоречевого развития.

ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Мамажонов Д.Н., студент студент 611-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Абдулхакова Р.М.

*Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) — одна из наиболее распространенных клинических форм кардиомиопатий, встречающихся у 1]. Заболевание характеризуется глубоким нарушением структуры кардиомиоцитов и замещением их фиброзной тканью. Следствием морфоструктурных изменений является резкое расширение полостей сердца, снижение сократительной функции миокарда и развитие застойной сердечной недостаточности (СН).

Стандартный фармакотерапевтический подход позволяет стабилизировать состояние ребенка, не предотвращая развитие декомпенсации, в некоторых случаях течение процесса стремительно и характеризуется торпидностью к проводимой терапии. Прогноз заболевания серьезный, однако, по наблюдению некоторых авторов, течение ДКМП может быть различным и остается мало предсказуемым.

Цель исследования. Изучить особенности течения ДКМП у детей и причин поздней диагностики.

Материалы и методы исследования. Проводилось ретро- и проспективное исследование 8 детей в возрасте от 1 до 13 лет, наблюдавшихся на базе АОДБ с 2019–2020 гг. У 1 ребенка ДКМП была исходом гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП), у 3 детей — исходом врожденного кардита, у 3 выявлена на фоне сердечной недостаточности, у 1 — диагностирована пренатально.

Результаты исследования. Симптомы сердечной недостаточности были выявлены у всех больных. Но, в случае пренатальной диагностики дилатации только выслушивался систолический шум, при исходе врожденного кардита в дилатацию обнаружены тромбы в обоих желудочках, при ДКМП вследствие ГКМП отмечался сердечный горб, при случайном выявлении дилатации обращали на себя внимание сердечный горб, нарушение ритма.

Мы отметили, что, несмотря на выраженные эхокардиографические изменения, кардиомегалия по данным рентгенологического исследования отмечалась лишь у трети больных. Мы провели анализ поздней диагностики ДКМП у 2-х пациентов 13 и 8 лет и выяснили, что в амбулаторной карте мальчика 13 лет были электрокардиограммы с реполяризационными нарушениями, снижением вольтажа зубцов и нарушениями ритма.

Эти электрокардиограммы не привлекли внимание врачей, и ребенок занимался спортом на протяжении 5 лет, что привело к декомпенсации сердечной деятельности и пересадке сердца. У девочки 8 лет обнаружен сердечный горб, что свидетельствовало о давности процесса.

Вывод. Дети, перенесшие ОРИ и занимающиеся спортом должны проходить ЭКГ и пробу с физической нагрузкой. Изменения на ЭКГ должны служить показанием к проведению ЭхоКГ.

Несмотря на прогрессирующее течение ДКМП, поиск новых путей оптимизации ведения данного контингента больных продолжается и вселяет надежду на увеличение продолжительности и улучшения качества жизни пациентов детского возраста.

ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ДЕФИЦИТУ ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Мамажонов Д.Н.- студент 6 курса лечебного факультета

*Научный руководитель: Делькашева Ш.Д. ассистент кафедрой госпитальной терапии и
эндокринологии*

Андижанский государственный медицинский институт,

Актуальность. В настоящее время в России по данным различных источников уровень анемии у беременных остается на постоянном уровне и колеблется от 35 % до 42 % .

Большое значение ЖДА обусловлено не только высокой встречаемостью данной патологии в структуре экстрагенитальных заболеваний среди беременных женщин, сколько отрицательным воздействием на функционирование всех систем и органов, а также на беременность, роды, послеродовой периоды и на плод.

Анемия (от греческого «отсутствие крови») представляет собой клинко-гематологический симптомокомплекс, при котором отмечается снижение гемоглобина и (или) эритроцитов в крови.

Для железодефицитной анемии характерен недостаток железа в крови, красном костном мозге (ККМ), а также в депо (печень, селезенка, мышцы), что ведет к нарушению образования гема – основного структурного компонента гемоглобина.

Цель исследования. Оптимизация диагностики, профилактики и лечения железодефицитных состояний у беременных и родильниц на основе установленных патогенетических вариантов.

Материалы и методы исследования. Проспективное исследование включало 102 женщин, разделенных в зависимости от задач исследования на 4 независимых группы.

Результаты исследования. У беременных и родильниц при развитии железодефицитных состояний отмечается снижение уровня коэффициента адекватности продукции эритропоэтина пропорционально стадии дефицита железа. Частота неадекватной продукции эритропоэтина в среднем выявляется у 47,2% беременных с МДЖ лёгкой степени, а у родильниц - пропорционально степени тяжести МДЖ (у 12% родильниц при лёгкой степени тяжести, у 50% - при средней и у 80% - при тяжёлой степени тяжести МДЖ).

Эффективность лечения препаратами железа беременных с ЖДС зависит от дозы элементарного железа и от уровня эндогенного эритропоэтина. У беременных с адекватным уровнем эритропоэтина, эффективность лечения в 2,5 раза выше по сравнению с таковым у беременных с неадекватным уровнем.

Разработан алгоритм диагностики, профилактики и лечения ЖДС, позволяющий на основании результатов скрининга беременных и родильниц (определение показателей различных фондов метаболизма железа) устанавливать патогенетический вариант ЖДС и индивидуализировать лечение.

Вывод. Таким образом, из всего вышеописанного можно сделать вывод о том, что ЖДА беременных является серьезной патологией, влекущей за собой множество осложнений со стороны как матери, так и плода. Поэтому данная проблема требует обязательной и незамедлительной коррекции.

КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ UZ-AVTO MOTORS В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Мамажонова З.К., Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И.
кафедра факультетской терапии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Качество медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией (АГ) в последние годы часто становится объектом исследований. Основной составляющей «качественной» помощи является ее соответствие положениям клинических рекомендаций. В работе Киселева А.Р. и соавторов была предложена «идеальная» организационно-технологическая модель оказания медицинской помощи пациентам с АГ. Однако вынесение объективных суждений о качестве медицинской помощи зачастую бывает затруднительно. Для решения данной проблемы разрабатываются различные клинические оценки

Цель исследования. Цель проведенной работы заключалась в изучении роли характера питания в регуляции функционального состояния симпато-адреналовой системы при интенсивной мышечной деятельности и в условиях повышенной двигательной активности организмов среди сотрудников UZ-AVTO MOTORS в Андижанской области.

Материал и методы исследования. В ретроспективное исследование была включена информация о выполненных мероприятиях медицинской помощи среди 62 пациентов с АГ (43 мужчин и 19 женщин), которые работали UZ-AVTO MOTORS в андижанской области.

Результаты исследования. Результаты работы имеют практическое значение для выяснения особенностей обмена катехоламинов в связи с нарушением питания и гиподинамией в генезе атеросклероза, ишемической болезни сердца, ожирения и других обменных заболеваний. Зависимость функционального состояния симпато-адреналовой системы от характера поступающей пищи может быть положено в основу профилактики вышеперечисленных заболеваний.

Результаты вычисления клинических индикаторов в изучаемой когорте пациентов с АГ за 2018–2019 гг. представлены на рис. 1–6. На протяжении почти всего периода с 2018 по 2019 г. на хорошем уровне находилось выполнение мероприятий по контролю уровня физической активности (рис. 2), курения, веса и питания. Однако если оценивать общую результативность данных мероприятий, то эффективными у большинства пациентов их можно признать только для физической активности (большинство пациентов имели достаточный уровень физической активности в течение всех лет).

Вывод. Таким образом, верификация диагноза АГ может быть сведена к проблеме критериев этого синдрома. Отталкиваясь от принятой гипотезы МС, как о самостоятельной нозологической форме, нужно диагностировать это заболевание во всех тех случаях, когда у пациента имеются признаки любого из синдромообразующих заболеваний (АГ, ИБС, и/или СД 2 типа), в явной или скрытой форме.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ UZ-AVTO MOTORS ВАНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Мамажоновна З.К., Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И.
кафедра факультетской терапии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Одной из самых важных проблем современной кардиологии является артериальная гипертензия (АГ), которая сочетается с высокой частотой различных осложнений, является причиной смертности и инвалидизации взрослого населения во всем мире.

Симпато-адреналовая система представляет собой важнейшую интегральную систему регуляции, поскольку она выполняет роль связующего звена между центральной нервной системой и периферическими органами.

Цель исследования. Снизить распространенность артериальной гипертензии и факторов риска, заболеваемость с временной утратой трудоспособности в организованной популяции путем внедрения программы первичной профилактики, основанной на диетическом ограничении поваренной соли.

Материал и методы исследования. На промышленных предприятиях Uz-avto motors в г. Асаке, проведено скринирующее обследование мужчин и женщин 25-49 лет из числа рабочих и служащих. Средний возраст составлял $39,1 \pm 6,8$ года в основной группе и $39,0 \pm 7,1$ года - сравнения.

Результаты исследования. Результаты вычисления клинических индикаторов в изучаемой когорте пациентов с АГ за 2018–2019 гг. представлены на рис. 1–6. На протяжении почти всего периода с 2018 по 2019 г. на хорошем уровне находилось выполнение мероприятий по контролю уровня физической активности (рис. 2), курения, веса и питания. Однако если оценивать общую результативность данных мероприятий, то эффективными у большинства пациентов их можно признать только для физической активности (большинство пациентов имели достаточный уровень физической активности в течение всех лет).

Остальные мероприятия имели несколько меньшую эффективность: к 2018–2020 гг. несколько увеличилась доля курильщиков; доля лиц с повышенной массой тела практически не снижалась в течение всего периода, несмотря на проводимую просветительскую работу; подавляющее большинство пациентов с АГ продолжали питаться нерационально, несмотря на разъяснения по особенностям диеты при АГ. Контроль холестерина и контроль АД остаются ключевыми «проблемными» составляющими медицинской помощи пациентам с АГ в ЦСМР.

До этого недостаточная полнота данных отмечалась прежде всего для оценки мероприятий по контролю уровня физической активности, курения и холестерина. Наиболее полно за период с 2018 по 2019 г. в картах отражалась информация о контроле АД и рациональном питании. Повышение полноты заполнения медицинских карт связано прежде всего с соответствующими мероприятиями по улучшению качества организации медицинской помощи (особенно начиная с 2020 г.).

Вывод. Для повышения эффективности массовых профилактических осмотров разработаны и внедрены краткая анкета-опросник и тактический алгоритм обследования на выявление сердечно-сосудистых заболеваний. Трех-групповая система диспансеризации населения дополнена конкретными рекомендациями по профилактике ранних форм АГ и ФР.

Установлено, что диетическое вмешательство с ограничением хлорида натрия в течение трех лет достоверно улучшает показатели гемодинамики, вкусовой чувствительности к соли среди лиц с ранними формами АГ и факторами риска, не вызывает побочных эффектов, не требует значительных материальных затрат.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПЕРЕД ПЛАСТИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ НА ВЛАГАЛИЩЕ

*Мамажоновна С.О.
Кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Изменение топографии тазовых органов является широко распространенным заболеванием. По прогнозу ВОЗ, к 2030 году около 63 млн. женщин в мире будут страдать дисфункцией тазовых органов.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения разработка оптимальных способов предоперационной подготовки. Большое значения в исходах хирургического лечения тазового пролапса имеет, предоперационная подготовка. Не вызывает сомнения роль и влияние состояния микробиоценоза при проведении влагалища реконструктивно-пластических операций. Микробный фактор имеет неоспоримое влияние на процессы репарации ткани влагалища и отдаленные результаты после операции.

При опущении тазовых органов наблюдаются различные сочетания иволютивных, атрофических и воспалительных изменений стенки влагалища.

Инфекционно- воспалительные осложнения после перенесенной хирургической коррекции пролапса гениталий увеличивают сроки выздоровления, длительность пребывания пациентки в стационаре и стоимость лечения.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением с находилось 28 женщин в возрасте от 37 до 72 лет которым проводились пластическая операция по поводу пролапса тазовых органов.

Все пациентки в зависимости от характера предоперационной подготовки были разделены на 2 группы. 17 больных 1 группы (контрольной) до операции получающие традиционное лечение (санация влагалище антисептическими средствами раствором Цитеал или ромашки). 11 больных 2 группы (основной) получало санацию влагалища препаратом Вгимилт..

Всем больным после осуществления гинекологического осмотра и взятия содержимого влагалища на флору чувствительность к антибиотикам, проводился курс терапии.

По окончании лечения вновь брали отделяемое из влагалища для посева на флору, с целью контроля за проведенной терапией.

Результаты и обсуждение: При гинекологическом осмотре 6 (21, 4%) женщин выявлены трофические изменения слизистой влагалища, элонгация и гипертрофия шейки матки выявлена у 19 (67,8%) женщин.

Данные бактериологического исследования показали что наиболее часто высевались *E. Coli*- в 28,7%, *staph aureus*, *staph epidemides* *candida* (12, 5%). Наряду с увеличением колонизации факультативной микрофлоры у пациенток было отмечено снижение частоты и интенсивности колонизации *lactobacilli*, что объясняется изменением гормонального фона у пациенток в пери и постменопаузе. После проведенного лечения препаратом Вагимилт, зафиксирован значительное улучшение данных микробиосенотоза влагалища в сравнении с традиционной тактикой. Следует подчеркнуть, что стрептококк, стафилококк и кишечная палочка после проведенный терапии не высевались.

Эффективность проводимой терапии оценивали по характеру течения послеоперационного периода: температурной реакции, качественной и количественной оценки отделяемого из влагалища, макроскопической оценки после операционной швов. Необходимо отметить что биоселак восстанавливает микробиосенотоз влагалища оказывает определенное протекторное воздействию на поврежденные во время хирургического вмешательства ткани промежности и влагалища.

Вывод: Применение зубиотиков для санации влагалища в предоперационном периоде является эффективным методом коррекции стенки чистоты влагалища, резко снижая риск развития гнойно-септических осложнений, тем самым улучшая результаты хирургического лечения.

ТЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ

Мамажонова С.О.

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
Андижанского Государственного Медицинского Института*

Климактерии это физиологический период в жизни женщине при котором на фоне возрастных инволюционных процессов возникает гормонально перестройка всего организма. У части женщин он протыкает физиологическим а участи осложняется климактерической кардиопатией.

Цель: изучение особенности течения у климактерической кардиопатии многоорожавших.

Материалы и методы: Для решения поставленной задачи мы произвели проспективный анализ истории болезни у 35 больных, находившихся на лечении в стационаре.

Возраст больных колебался в среднем $48 \pm 2,7$ лет работающих 25%. В анамнезе у них было от 7 до 10 родов.

У всех пациентом было произведено общеклиническое исследование включающие анализ крови, мочи, кровь на сахар, коагулограмма, холестерин крови, ЭКГ, функциональные пробы, а также было изучено функциональное состояние симпат-адреналовой системы.

Основными клиническими симптомами климактерической кардиопатии были быстрая утомляемость, явления боли в области сердца, сердцебиение, одышка.

У 20 больных на ЭКГ во время болевого синдрома отмечали функциональные изменения (т.е. отмечали отрицательный зубец Т, ST поднимался выше изолинии) а 5-ти изменения на ЭКГ не отмечено.

Всем больным во время болевого приступа были проведены проба с нитроглицерином, обзиданом. Проба с нитроглицерином у всех была отрицательная, проба с обзиданом была у всех положительная.

У обследовавшихся больных нами произведена нагрузочная проба на велоэргометрии. ЭКГ проводили до и после нагрузочной пробы. Характерным при климактерической кардиопатии явилось своеобразная реакция ЭКГ на физическую нагрузку.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

У 18 больных своеобразной реакцией на физическую нагрузку явилось полная нормализация ЭКГ и лишь у 7 пациенток отмечалось изменение на ЭКГ.

Эти данные еще раз свидетельствуют о функциональном генезе изменений в ЭКГ при климактерической кардиопатии.

Всем больным с климактерической кардиопатии было произведено лечение гормонами, в частности с фемостоном в зависимости от возраста.

Нашим больным был назначен препарат Фемостон 1/5. Фемостон содержит 1 мг эстрадиола и 5 мг дигидростерона, восполняет дефицит эстрогенов в женском организме и обеспечивает эффективное лечение при вегето-сосудистых, психо-эмоциональных симптомах при климактерической кардиопатии.

Наши больные получали Фемостон – 1/5 по 1 таблетке 1 раз в день в одно и тоже время. Побочные действия наблюдались лишь у 2 женщин в виде диспептических расстройств. Гормонотерапия данные больные принимали в течении 1 года.

Выводы: Таким образом:

1. Климактерическая кардиопатия является атипичной формой климактерического синдрома.
2. Изменения со стороны сердечно сосудистой системы являются функциональными, что подтверждено исследованиями на ЭКГ до и после нагрузочных проб.
3. Наиболее эффективным и препаратом выбора явился гормональный препарат Фемостон 1/5, который не имел побочных действий и оказал положительное влияние на исход и течении климактерической кардиопатии.

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Мамажанова С.О.

Кафедра акушерства и гинекологии

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: оценка влияния избыточной массы тела и ожирения на течение и исходы беременности

Материалы и методы:

Проведен анализ 60 ти историй родов, женщин поступивших во 2 родильный комплекс города Андижан в течение 2 лет.

Все женщины были разделены на 3 группы.

I- 20 беременные с нормальной массой тела (ИМТ от 18 до 24,9 кг/м²)

II- 20 с избыточной массой тела ИМТ от 25 до 29,9 кг/м²

III- 118 беременные с ожирением 30 кг/м² и более.

Всем пациенткам проводили клинические и лабораторно-инструментальные исследования в соответствии с имеющимися стандартами ведения беременных.

Проводилась оценка течения беременности и родов. Средний возраст пациенток I группы составил 23±2,7. II группы 26±3,1. III группы 30±4,7

В группе пациенток с нормальной массой тела-число первобеременных 14 (70%) во II группе – 6 (30 %), в III группе 7 (35%). Изучение акушерского-гинекологического анамнеза показало, что у беременных с ожирением бесплодие встречалось чаще (30 %), чем у женщин с нормальной – 1(5%) и избыточной массой тела 3 (15%). В течение настоящей беременности в I группе осложнялось гипертензивными состояниями -6 (35%), угрозы прерывание беременности -10 (50%), ранний токсикоз – 10 (50%), угрожающие состояния плода -2 (10%). Во II и III группах ранние токсикозы соответственно 10 (30 %), 7 (35%), угроза прерывания беременности 12 (60%), и 11 (55%), гипертензивные нарушения 11 (55%) и 16 (80%), угрожающие состояние плода в обеих группах – 8 (40%). Роды в первой группе закончились самопроизвольно без осложнений у 17 женщин (85%), кесарево сечение у 3 (15%), мертворождений не было. Во второй группе преждевременные роды 8 (40%), самопроизвольные роды 16 (80%), кесарево сечение 4 (20%), гипотония матки у 6 (30%), мертворождения у 4 (20%). В третьей группе преждевременные роды 8 (40%), самопроизвольные роды 15 (75%), кесарево сечение 5 (25%), кровотечения в раннем послеродовом периоде 6 (30%), мертворождения 4 (20%).

Вывод. Таким образом течение беременности и родов у женщин с избыточной массой тела и ожирением достоверно чаще осложняется преждевременными родами, преэклампсией и кровотечением в послеродовом периоде.

ПРОЦЕНТНЫЕ СООТНОШЕНИЯ РАЗМЕРОВ СЕГМЕНТОВ ТЕЛА С ДЛИНОЙ ТЕЛА

Мамасидиқова Ф.Б.-студентка 3 курса АДУ

Умарова М.А

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучение возрастные, половых особенности процентного соотношения длиннотных размеров сегментов тела с длиной тела (стоя).

Результаты. Результаты исследования показали, что процентное соотношение длины туловища с длиной тела в 7 летнем возрасте составляет 51,96 %, в 8 лет - на 1,56 % ; уменьшается, в 9 лет - вновь эта длина увеличивается (с 50,4 % до 52,05 %) и этот показатель, увеличиваясь, наиболее становится в 13 лет (до 52,04 %), затем с 14 лет нынается (до 51,12 %). Следует отметить, что процентное соотношение длины туловища с длиной тела в 7 летнем возрасте у девочек, по сравнению с мальчиками, меньше, в 8 лет - почти одинаково, и начиная с 9 лет, это соотношение у девочек превосходит, чем у мальчиков. Процентное соотношение длины туловища с длиной тела в 7 летнем возрасте у обоих полов одинаково, затем, плавно уменьшаясь, вновь в 8 лет также идентичен, а в последующих возрастах у мальчиков существенно не изменяется, у девочек - с 11 по 17 лет слегка нарастает (с 31,2 % по 32,73 %). Характер изменения процентного соотношения длины туловища с длиной тела у мальчиков «кляшксообразное», у девочек - «Ш» образное. Процентное соотношение длины верхней конечности с длиной тела в 7 летнем возрасте у мальчиков равнялось 42,43 %, у девочек - 43,95 %. Эти показатели до 17 летизменяются зигзагообразно и в 17 лет становятся несколько больше, у первых – до 44,64 %, у вторых - до 44,76 %. При этом нами выявлено, что процентное соотношение длины верхней конечности с длиной тела наиболее у мальчиков в 16 летнемвозрасте (44,72 %), у девочек - в 13 лет (44,97 %). Что касается процентного соотношения длины нижней конечности с длиной тела в школьном возрасте, то оноизменяется аналогично длине верхней конечности. У мальчиков это соотношение 10 лет изменяется интенсивно (с 48,7 % до 52,79 %), у девочек - несколько меньше с 49,66 % до 51,86 %). В 12 лет у обоих полов указанное соотношение достигает своего максимума (до 53,04 %), а в последующих возрастах незначительно уменьшается (соответственно: 52,11 % и 52,13 %). Как показали исследования процентное соотношение длины нижней конечности с длиной тела, по сравнению с верхней, в школьном возрасте изменяется больше. Процентное соотношение плеча с длиной тела в 7 лет у девочек несколько больше, чем у мальчиков (I".-: против 17,04 %). Эта разница в 9 летнем возрасте нивелируется, и с 10 - 13 жжссоотношение становится больше у мальчиков, с 14 - 17 лет - вновь этот показатель становится больше у девочек (с 18,11 % до 18,69 %), чем у мальчиков (с 18,02 5 17,9 %). Следовательно, в школьном возрасте процентное соотношение длины длиной тела изменяется зигзагообразно. В процентном соотношении к предплечья (локтевой и лучевой) с длиной тела у мальчиков максима: показатель отмечается в 16 летнем возрасте, у девочек - в 13 лет, а минимальны соответственно: в 9 и 8 лет. При этом характер изменения процентного соотно: костей предплечья с длиной тела - волнообразный. Процентное соотношение длины кисти с длиной тела в 7 летнем возрасте составляет у мальчиков - 12,28 %, у девочек - 12,08 %. При этом максимальное| соотношение этих показателей наблюдается у мальчиков в 7 лет, у девочек - в 8 лет минимальный показатель у обоих полов отмечается в 14 лет. Характер изменения процентного соотношения длины кисти с длиной тела - волнообразный. В ппсш возрасте процентное соотношение длины пальцев кисти с длиной тела максимальный показатель процентного соотношения длины II-, IV-, V-пальцев с длиной тела наблюдается у мальчиков в 8 летнем возрасте, у девочек - в 7 .летнем возрасте минимальный показатель у обоих полов отмечается в 14 лет. Что ка> процентного соотношения длины I, III пальцев с длиной тела, максима: показатель наблюдается у обоих полов в 7 летнем возрасте, а минима: показатель I пальца - в 11 лет и III пальца - в 14 лет.Нами установлено, что в школьном возрасте характер изменения проце: соотношения длины пальцев кисти с длиной тела - волнообразный.Как показали исследования, минимальное процентное соотношение бедра и костей голени с длиной тела у обоих полов, наблюдается в 7 летнемвозшй максимальный показатель длины бедра у мальчиков отмечается в 12 лет, у девочекв 13 лет, длины большеберцовой кости - соответственно: в 10 и 12 лет, а длинамалоберцовой кости - у обоих полов в 12 лет. Что касается процентного соотношения длины стопы с длиной тела, максимальный показатель наблюдается у мальчиков в 11 лет, у девочек - в 12 минимальный показатель у обоих полов отмечается в 16 лет.Нами определено, что в школьном возрасте характер изменения проце: соотношения сегментов нижней конечности с длиной тела - волнообразный.Нами выявлено, что максимальное процентное соотношение длины пальцев стопы с длиной тела у обоих полов отмечается в 12 лет, а минимальный показатель III, IV пальцев стопы у мальчиков наблюдается в 7 лет, у девочек - в 8 лет; I, II пальцев у мальчиков - в 10 лет и у девочек: I - в 8 и II в 7 лет; а V соответственно: в 7 и 9 лет. При этом характер изменения процентного соотношения длины всех пальцев стопы с длиной тела – волнообразный.

ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ НА РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ

Мамасидикова Ф.Б.-студентка 3 курса АДУ

Умарова М.А

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) - это нарушение синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа, развивающегося при различных патологических состояниях. ЖДА страдает 80%-85% всех пациентов с анемией. Женский пол болеет значительно чаще, чем мужской. По данным ВОЗ 1 788 600 000 жителей земли страдает железодефицитной анемией.

Цель. Изучить ранние симптомы и лабораторные показатели ЖДА у детей школьного возраста.

Результаты. Обследованы 200 детей в возрасте от 5 до 10 лет. В результате проведенного анализа было выявлено, что у 80% обследованных детей низкие показатели красной части крови, у 87,6% выявлена легкая степень, а у 10% случаев средней степени тяжести ЖДА, в большинстве случаев у девочек. Одним из симптомов анемии установлена усталость (82%), слабость (74%), бледность кожных покровов (84,7%), снижение аппетита (80%), извращенный вкус (8%), снижение успеваемости в школе (38%), низкая масса тела детей (30%).

Вывод. Таким образом, результаты исследования показали, что ЖДА не только сопровождается снижением показателей крови, но и влияет на физическое, психомоторное развитие детей школьного возраста.

Учитывая данную ситуацию, считаем необходимым проведение массовой профилактики и лечения ЖДА у детей школьного и дошкольного возраста по Ферганской долине.

КЛИНИКА - АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Маматалиев А.Б.-студент 1 года обучения магистратуры кафедры Аллергологии клинической иммунологии, микробиологии.

Научный руководитель: Тухтаева О.Т. доцент кафедры Аллергологии клинической иммунологии, микробиологии.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Актуальность. Аллергический ринит – это заболевание, которое развивается в результате контакта аллергенов со слизистой полости носа. По данным Российских ведущих ученых частота симптомов АР в Российской Федерации составляет 18–38%. В развитых странах аллергическими болезнями страдает от 10 до 30% населения, а в районах с неблагоприятной экологической обстановкой – более 50%. Распространенность БА среди детей в России составляет от 5,6 до 12,1%. Самая частая причина развития сезонного ринита аллергической этиологии – пыльца трав и деревьев. В некоторых случаях сезонный аллергический ринит вызывается спорами грибов.

Нередко больные полагают, что заболевание вызывается тополиным пухом. Однако, на самом деле ринит обычно провоцируется пылью растений, цветение которых совпадает по времени с появлением тополиного пуха.

Цель исследования: Изучить клинические проявления сезонного аллергического ринита у детей.

Материалы и методы исследования: Нами были обследованы 42 детей с сезонным аллергическим ринитом в возрасте от 7 до 18 лет. Исследования проводились на базе ГКДБ № 1 и в частной клинике «Allergo Life» г. Ташкента.

При постановке диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, иммунологических исследований.

Диагноз сезонный АР устанавливали на основании данных анамнеза, характерных клинических симптомов и при выявлении причинно-значимых аллергенов; при кожном тестировании или определении титра специфических антител класса IgE. Клиническое обследование проводилось с использованием общепринятых физикальных методов.

Результат исследования. Клиника сезонного аллергического ринита у обследуемых детей характеризовалась заложенности носа 87,9 %, ринореей 93,7% детей, снижением обоняния 22,5%, и чиханием почти у всех детей. Заложенность, отечность, зуд и щекотание в носу, обильные истечение слизи, чихание-нередко приступообразное, слезотечение, снижение обоняния – при средне тяжелой и тяжелой форме у детей держалось длительное время. У 98,2% детей наблюдались длительные приступы чихания, возникающие по утрам и в момент контакта с аллергеном.

Наиболее частой причиной сезонного ринита у обследуемых детей – это пыльцевые аллергены. Результаты наших исследований показали следующие показатели кожных проб: тимоевски -33,6%, амброзии - 27,2, полыни – 26,6, подсолнуха -15,9%.

Общее состояние у 62,3% детей средней тяжести, у 15,9% - наблюдалась тяжелое течения сезонного аллергического ринита.

Выводы. Таким образом постоянная заложенность носа при развитии аллергического ринита приводит к тому, что дети с АР дышат преимущественно ртом. Сезонному аллергическому риниту сопутствует ринорея водянистого характера, неприятные ощущения в глазах.

Хронические застойные процессы приводят к снижению обоняния и потере вкусовых ощущений. Ранняя диагностика сезонного аллергического ринита у детей, правильная оценка настоящего соматического статуса будут способствовать коррекции лечебной тактики и предотвращает серьезных осложнений.

ИЗУЧЕНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АРИТМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Озодбеков Ю.Ш.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детских анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Повышение аритмической активности миокарда при оперативных вмешательствах является нередким осложнением операционного стресса и зависит от множества факторов, таких как гипоксия, ишемия, нарушения метаболизма миокарда, активация симпатoadренальной системы и стимуляция блуждающего нерва [9,18]. Нарушения ритма чаще возникают во время операций на желчных путях, средостении, легких, промежности, брыжейке [4,10,12]. При экстракардиальных вмешательствах среди всех сердечно-сосудистых осложнений частота развития аритмий, по данным различных клинических исследований, составляет от 0,37% до 20% [3,6].

Одна из ведущих причин столь высокого процента подобных осложнений в настоящее время обусловлена тем, что большие внесердечные вмешательства, в частности абдоминальные полостные операции, стали проводиться пациентам старших возрастных групп [5,14,15,16]. Среди пациентов с острым холециститом около 80% относятся к категории пожилого и старческого возраста с наличием кардиальной патологии [6].

Малочисленность клинических работ в этой области требует более детального изучения аритмической активности на различных этапах периоперационного периода и общего обезболивания [1,19]. Коррекция жизнеугрожающих нарушений гомеостаза и стресс-протекция являются перспективными направлениями при разнообразной патологии [2, 7, 8, 11, 13, 17].

Цель. Исследование динамики аритмической активности в течение различных периоперационных периодов и общей анестезии при выполнении открытой холецистэктомии.

Материалы и методы. В открытое рандомизированное по возрасту и полу исследование, включены 50 пациента (40 женщины и 10 мужчин) в возрасте $60,1 \pm 3,8$ лет, с диагнозом желчнокаменная болезнь (ЖКБ), хронический калькулезный холецистит, которым выполнена плановая открытая холецистэктомия в условиях комбинированного эндотрахеального наркоза с применением искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Объективный статус по ASA-1-2 класс.

Пациенты распределены на две группы: I-ая - ($n=26$) с наличием ИБС, стенокардия напряжения I и II ФК; II-ая - ($n=27$) без клинических проявлений сердечно-сосудистой патологии до операции (без СП). Анестезия - в/в пропофол, фентанил, дроперидол, миоплегия-ардуан, продолжительностью - 107 ± 22 мин. Диагностика и анализ аритмических эпизодов осуществлялась путем суточного холтеровского мониторинга ЭКГ комплексом "Кардиотехника 04-8" (АОЗТ "Инкарт") в 12 стандартных отведениях, в течение 4 суток: сутки до операции, сутки, в течение которых выполнялась операция, и последующие 2 суток. Наблюдение и регистрация ЭКГ последовательно разделено на следующие временные периоды: 1-накануне операции (18ч); 2-6-час перед операцией; 3-введение в анестезию - от премедикации до разреза кожи (63 ± 7 мин); 4-поддержание анестезии - от разреза кожи до прекращения подачи анестетиков (57 ± 16 мин); 5-выход из анестезии - от прекращения подачи анестетиков до восстановления самостоятельного дыхания, сознания, мышечного тонуса (48 ± 11 мин); 6 - на 2-е сутки после операции (18 ч). Учитывались количество эпизодов групповых желудочковых экстрасистол (ГрЖЭС), полиморфных желудочковых экстрасистол (ПолЖЭС) и наджелудочковой тахикардии (НжТ).

Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладных программ "SPSS 13.0 for Windows" путем сравнения значений каждой из групп в период "накануне операции" с остальными периодами, попарно, с использованием t-теста. В связи с различной продолжительностью периодов наблюдения для возможности их сравнительной оценки рассчитывались интегральные показатели числа аритмических эпизодов в минуту, соответственно, по периодам.

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов, отражающих частоту возникновения эпизодов ГрЖЭС, ПолЖЭС и НжТ в различные периоды операции и обезболивания установлено повышение значений ГрЖЭС, по отношению к исходным данным (периоду "накануне операции") во время введения в анестезию у больных ИБС на 241,7% и у лиц без СП на 216,7%, а в периоды поддержания и выхода из

анестезии наблюдалось повышение эпизодов ГрЖЭс только у пациентов с наличием ИБС на 141,7% и 225,0%, соответственно ($p=0,05$).

Выявлено повышение уровня ПолЖЭс в периоды введения и поддержания анестезии у пациентов ИБС на 102,4% и 141,0%, соответственно, и в большей степени показатель увеличился у лиц без СП на 466,7%, и 461,0% ($p=0,05$). В период выхода из наркоза отмечено значимое повышение значений ПолЖЭс только среди пациентов с ИБС на 284,3%.

Зарегистрировано повышение уровня частоты возникновения эпизодов НжТ в период введения в анестезию на 61,0% у больных ИБС и, значительно больший прирост показателя установлен среди лиц без СП на 290,1%, ($p=0,05$). В период поддержания анестезии наблюдался подъем значений НжТ только у лиц без СП на 209,0% ($p=0,05$). В период выхода из наркоза установлено увеличение эпизодов НжТ у пациентов с ИБС на 91,3%, а у лиц без СП - на 154,5%.

В остальные периоды изменений изучаемых показателей не установлено ($p>0,05$).

Таким образом, полученные результаты указывают на значимое повышение частоты возникновения эпизодов ГрЖЭс, ПолЖЭс и НжТ у пациентов как с наличием ИБС, так и у лиц без клинической манифестации сердечно-сосудистой патологии до операции, по сравнению с периодом "накануне операции" в периоды введения, поддержания и выхода из анестезии. Эти периоды являются наиболее аритмоопасными, поскольку часто сопровождаются транзиторной гипоксией, ишемией, психоэмоциональным напряжением, гиповолемией, дисэлектролитными нарушениями, побочными эффектами анестетиков, анальгетиков, деполяризующих миорелаксантов и манипуляциями на рефлексогенных зонах, а также вследствие окислительного стресса с накоплением большого количества активных свободных радикалов, обладающих аритмогенным действием.

Выводы: при выполнении открытой холецистэктомии в условиях общего обезболивания, как у больных с наличием ИБС, так и у пациентов и без сопутствующей сердечнососудистой патологии установлено повышение уровня аритмической активности (частоты возникновения эпизодов групповых, полиморфных желудочковых экстрасистол и наджелудочковой тахикардии) в периоды введения, поддержания и выхода из анестезии.

ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Камбаров З.Г.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детской анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Врачи в отделении анестезиологии и реаниматологии часто сталкиваются с высоким давлением у пациентов. Резкие скачки давления или артериальная гипертензия могут быть как самостоятельным заболеванием, так и признаком других болезней (патологий почечных сосудов, эндокринных заболеваний). Механизмов развития гипертензии достаточно много и чаще такая картина наблюдается у пожилых пациентов [8, 11, 13, 17]. Абсолютно любой скачок давления бьет по сосудам наименее защищенных органов. К таким органам относятся, в первую очередь, головной мозг и сердце. Никто не может предугадать, какой именно из гипертонических кризов может закончиться инфарктом миокарда или кровоизлиянием в мозг (ишемическим или геморрагическим инсультом). Именно поэтому основная тактика в лечении гипертонической болезни или симптоматической гипертензии - не снижение уже развившегося скачка давления, а его профилактика. Назначаются комбинации лекарственных препаратов в таких дозировках, которые при постоянном приеме сдерживают гипертензию и держат АД в пределах рабочих цифр. В послеоперационном периоде желательно продолжить терапию, которую пациент принимал до операции. В случае высокого давления у пациента, если нет клиники гипертонического криза, рекомендуется медленное снижение давления - в течение нескольких часов. Если есть клиника гипертонического криза, то принимаются экстренные меры, причем снижение АД должно быть не более чем на 35% [6, 8, 10].

Если пациент пожилого возраста, то следует учитывать следующее: Американской коллегией врачей (АСР) и Американской академией семейных врачей (ААФР) пересмотрены клинические предписания терапии пациентов старше 60 лет с артериальной гипертензией. Рекомендации публикуются в январском номере журнала *Annals of Internal Medicine* 2017г. Представлены доказательства пользы более высоких целевых значений систолического артериального давления (ниже 150 мм рт. ст.). При более агрессивном контроле артериального давления наблюдаются противоречивые результаты исходов, сообщается в новых клинических предписаниях.

Нами проведены исследования пациенток пожилого возраста (55-65) лет, страдающих гипертонической болезнью. Показаны нарушения в различных системах организма у таких пациентов [1, 2, 6]. В частности выявлены значительные изменения в системе гемостаза [4, 5, 7], в липидном метаболизме, в содержании белком "молодости и старости": GDF11, GDF15, CCL11. Методом множественной пошаговой регрессии было установлено, что повышенному артериальному давлению способствует высокое содержание

липопротеидов очень низкой плотности и холестерина, низкое содержание молекул GDF 15, высокое – GDF 11 и CCL11. Пациентки с гипертонической болезнью регулярно занимающиеся физическими упражнениями в меньшей степени подвержены дальнейшему прогрессированию заболевания. В перспективе для выбора терапии гипертонической болезни возможно учитывать содержание молекул "молодости и старости" особенно при наличии сопутствующей патологии [3, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19].

Заключение. У пациентов находящихся в отделении анестезиологии и реаниматологии с высоким артериальным давлением необходим дифференцированный подход в каждом конкретном случае.

АНТИСТРЕССОРНАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТАБОЛИТОВ И ХИМИЧЕСКИХ АНАЛОГОВ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Камбаров З.Г.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детских анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Одним из важных направлений современной анестезиологии является поиск путей в совершенствовании уже известных и разработка новых более безопасных способов анестезии позволяющих эффективно ограничить и защитить больного от хирургического стресса [1,8,4,9]. Адекватное анестезиологическое пособие способно не только предупредить повреждающее действие хирургического стресса путем блокады ноцицептивной афферентной, вицелярной импульсации, но и стимулировать защитные реакции организма [3,8,7]. Известно что операции на щитовидной железе сопровождается нейроэндокринной напряженностью, ноцицептивной гемодинамической нестабильностью и носят характер стрессовой реакции. Известно, что при стрессе параллельно с активацией стресс систем повышается активность стресс лимитирующих систем организма [2]. Доказано участие в ограничении стресс реакции ГАМК-ергической, опиоидергической, антиоксидантной стресс-лимитирующих систем [2,6]. Установлено что повысить мощность стресс-лимитирующих системы можно путем введения метаболитов, синтетических аналогов и естественных антиоксидантов.

Цель исследования. Повысить эффективность анестезиологической защиты при операциях на щитовидной железе.

Материалы и методы. Одноцентровое проспективное рандомизированное исследование методом конвертов, приведено у 51 больных, в возрасте (30-60 лет).

Критерии включения, больные с узловым эутиреоидным коллоидным зобом, узловым токсическим зобом, диффузным токсическим зобом, подписавшие протокол добровольного информационного согласия участия в исследовании.

Критерии исключения: верифицированный до операции диагноз рака щитовидной железы, энцефалопатии, органическое поражение ЦНС, тяжелая сопутствующая патология (4-5 класс по ASA), не желание больных участвовать в исследовании. Тяжесть состояние больных оценивается по ASA. В основной группе были больные с небольшими физиологическими нарушениями, что было обусловлено как основным заболеванием так и сопутствующей патологией. На ночь всем больным передоперации назначали диазепам 0,15 мг/кг. За 30 мин до операции диазепам 0,15 мг/кг и тримеперидин 0,3 мг/кг.

В 1 группе (n=30) на операционном столе для премедикации применяли фентанил 0,002 мг/кг, медозолам 5мг, атропин 0,005-0,008 мг/кг; индукция - пропофол 2-4 мг/кг, интубацию проводили рокурониум бромидом 30 мг. Для анестезии применяли пропофол 2-4 мг/ кг/час, фентанил 5-7 мкг/кг/ч, дроперидол 0,05-0,1 мг/кг.

Во 2-ой группе для анестезии использовали пропофол 2-4 мг/кг/час, Фентанил 5-7 мкг/ кг/час, метаболиты и химические аналоги стресс-лимитирующих систем. ГОМК в дозе 28-30мг/кг, даларгин 2,8 мг/кг/час, альфатокоферол 4-5 мг/кг. После операции обезболивание в 1 и 2 группах проводилось в общепринятых дозах наркотическими анальгетиками.

Исследование проводили 1) до операции, 2) на травматичном этапе операции, 3) после операции, 4) на первые, 5) на третьи сутки после операции.

Для оценки адекватности анестезии исследовали показатели гемодинамики (АДс, АДд, АДср, ЧСС). Методом ИФА с использованием тест наборов "Алкор - БИО" исследовали кортизол, Т3, ТТГ.

Статистический анализ полученных результатов проводился на основе оценки характера распределения значений исследованных показателей в контрастных группах с применением вариационной статистики и оценкой уровня статистической значимости анализируемых различий исследуемых показателей оценивался с помощью методов непараметрической статистики: критерии Краускала - Уоллиса, для независимых выборок с помощью непараметрического критерия Манна - Уитни. Различия показателей считали достоверными при вероятности безошибочного прогноза 97% и более.

Результаты их обсуждения. Полученные результаты показали, что непосредственно перед операцией показатели гемодинамики в группах не различались. На травматическом этапе операции АДс повышалось в 1 и 2 группах, однако в 1 группе было выше чем во 2 группе (P=0.003). После окончания

операции АДс в 1 группе было значимо выше по сравнению со 2 группой ($P<0.001$). На 1,3 сутки не наблюдалось сдвигов АДс в 1 и 2 группах. АДд достоверно было выше в 1 группе по сравнению со 2 группой только после операции ($P=0.01$). На первые и третьи сутки АДд было в пределах нормы. После окончания операции АДср оставалось в пределах нормальных величин, и различия в группах не наблюдалось. После окончания операций АДср во 2 группе было в пределах нормальных значений. В 1 группе АДср было выше чем во 2 группе ($P<0.05$).

После операции на 1,3 сутки АДср в группах оставалось в пределах средних величин, в травматичном этапе ЧСС было выше в 1ой группе по сравнению со второй группой ($P=0.03$). После операции ЧСС в обеих группах в 1,3 сутки было в пределах нормальных величин ($P>0.05$). При анализе гемодинамических показателей в сравниваемых группах выявлено, что анестезия на основе пропофола, фентанила сопровождается увеличением АД и ЧСС на травматичном этапе и после окончания операции.

Следовательно, этот вариант анестезии при операции на щитовидной железе недостаточно блокирует ноцептивную импульсацию с места повреждения тканей. Развивается гиперактивация симпатoadреналовой системы, что приводит к избыточному напряжению сердечнососудистой системы и нестабильности гемодинамики. Использование в анестезии Пропофола и Фентанила, метаболитов и химических аналогов стресс-лимитирующих систем позволяет снизить ноцептивную импульсацию с места повреждения тканей и предотвратить гиперактивацию септато-адреналовой системы.

Результаты исследования показали, что в предоперационном периоде значимых различий в концентрации кортизола не отмечалось $P=0.5$. На травматичном этапе происходило повышение уровня кортизола в 1 и 2 группах. В 1-ой группе содержание кортизола было выше нормы, но статистически значимых различий между группами не наблюдалось ($P=0.67$). После окончания операции отмечалось повышение концентрации кортизола в 1 и 2 группах. Через 24 часа во 2 группе концентрация кортизола была в норме, ее уровень был достоверно ниже чем в 1 группе ($P=0.4$). В 1 группе на 3 сутки концентрация кортизола оставалась высокой, во 2ой группе оставалась в пределах нормальных величин ($P>0.05$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что анестезия с использованием пропофола, фентанила характеризуется гиперактивацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что характеризуется повышением концентрации кортизола с максимальным подъемом к концу операции. На 1,3 сутки после операции уровень кортизола оставался высоким. Значительный подъем концентрации кортизола является показателем нестабильности метаболических процессов. Нейроэндокринная система функционирует в этот период на пределе своих адаптационных возможностей. При использовании в схеме анестезии метаболитов и химических аналогов стресс-лимитирующих систем не отмечалось формирование выраженного стресс ответа на операционную травму. Концентрация кортизола на всех этапах исследования оставалась в пределах нормальных величин.

Наши исследования показали, что после оперативного лечения в 1-ой группе не происходило снижение Т3; во 2 группе отмечалось достоверное уменьшение концентрации Т3. В 1 группе высокий уровень Т3 оставался в 1,3 сутки после оперативного лечения. Во 2 группе после операции в 1,3 сутки уровень Т3 был в пределах дооперационных величин.

Изменение динамики ТТГ показало, что значимых различий между группами в травматичный этап операции не наблюдалось. Концентрация ТТГ в группах была подвержена общей тенденции: увеличение в травматичный этап и с максимальным подъемом к концу операции, повышение на 3 сутки послеоперационного периода. Можно отметить, что при сравнении активности гормонов териоидной системы не отмечалось достоверных различий Т3 и ТТГ в зависимости от вариантов анестезии.

Заключение. Полученные исследования свидетельствуют о том, что анестезия на основе пропофола, фентанила, оксibuтирата натрия, даларгин, альфа-токоферола, позволяет активировать и увеличить мощность центральных и периферических стресс-лимитирующих систем и тем самым обеспечить адекватную анестезиологическую защиту.

ВОЗМОЖНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНО КОНТРОЛИРУЕМОЙ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Озодбеков Ю.Ш.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детских анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием с хроническим воспалением в дыхательных путях [1,3,4]. Число людей в мире, страдающих бронхиальной астмой, достигает 300 млн. человек [3]. Ежегодно от нее умирает 250 000 человек. В настоящее время это заболевание отнесено экспертами ВОЗ к группе социально значимых заболеваний. Большую нагрузку на систему здравоохранения и общество, в целом, оказывает неконтролируемая и частично контролируемая бронхиальная астма. Недостаточный уровень диагностики и лечения астмы создает значительное бремя для

отдельных лиц и семей и часто ограничивает деятельность людей на протяжении всей их жизни. При некоторых формах бронхиальной астмы, в т.ч. инфекционно-зависимой, происходит нарушение в системе сурфактанта, что поддерживает хроническое персистирующее воспаление в дыхательных путях, приводит к их ремоделированию, легочной гиперинфляции [2,5]. Базисной терапией при тяжелом течении БА в настоящее время являются комбинации ингаляционного глюкокортикостероида (иГКС) и бронходилататора длительного действия (БДД). Но даже, несмотря на максимальную медикаментозную терапию, процент больных с контролируемой БА остается низким (в Андижанском регионе по данным экспертов не превышает 45%) [6,7]. Перед медицинской наукой остро стоит проблема синтеза и внедрения новых препаратов для лечения БА, в т.ч. "таргетных" при особых формах заболевания.

Цель исследования. Установить эффективность и безопасность применения сурфактанта-БЛ (лиофилизат для приготовления эмульсии для ингаляционного введения 25 мг во флаконе, производства ООО "БИОСУРФ", Санкт-Петербург, Россия) на фоне базисной терапии у пациентов с частично контролируемой и неконтролируемой персистирующей бронхиальной астмой.

Методы исследования. Исследование утверждено на заседании ЛЭК АГМИ, перед включением все пациенты подписали форму информированного согласия. Критерии включения: Возраст пациентов от 20 до 60 лет; установленный диагноз БА согласно клинических рекомендаций 2016 года РРО, утвержденных Республике Узбекистан; плохой контроль симптомов БА: $ACQ > 1,5$ или $ACT < 20$; частые обострения: 2 и более эпизода назначения системных ГКС в течение года; или серьезные обострения: как минимум, одна госпитализация в год; спирограмма: $ОФВ_1 < 80\%$ от должного на день рандомизации. Обязательное использование базисной терапии иГКС+ДДБА минимум два месяца до включения в исследование. Критерии исключения: жизнеугрожающее обострение БА/астматический статус с госпитализацией в отделение интенсивной терапии с применением интубации трахеи на момент включения или указание на подобное событие в анамнезе; обострение бронхиальной астмы в течение 4-х недель до скринингового визита, потребовавшее применения системных глюкокортикостероидов и госпитализации; документированная инфекция нижних дыхательных путей за 1 месяц до включения в исследование; большая потребность в β_2 -агонистах короткого действия: более 8 ингаляций в день в течение 2-х последовательных дней; наличие в анамнезе муковисцидоза, бронхоэктазов или дефицита α_1 -антитрипсина; беременность.

Всем пациентам проводилось спирографическое исследование (ФВД) накануне включения в исследование, после ингаляций исследуемого препарата и на 29 ± 3 день терапии. Кроме того, оценивалась степень контроля БА по опроснику АСТ, развитие и частота обострений БА, нежелательных явлений. Верификация диагноза БА и подбор лечения осуществлялись согласно клинических рекомендаций 2016 года.

Для обработки полученных данных применялись методы описательной статистики, F-критерий Фишера, критерий Манна-Уитни.

Результаты: в исследование включены 19 человек, которые получают Сурфактант-БЛ на протяжении 30 дней в дозировке 25 мг на ингаляцию 3 раза в неделю в дополнение к базисной терапии БА; и 19 пациентов контрольной группы, которые не получают Сурфактант-БЛ. Пациенты распределены в группы методом случайной рандомизации ("случайконтроль"). Группы сравнения были сопоставимыми по возрастной и половой структуре: 58 [45; 66] лет и 57 [44; 73] лет соответственно; 66,7% (10 из 15) женщин и 33,3% (5 из 19) мужчин в группе интервенции (группа I) и группе сравнения (группа II). Пациенты обеих групп были сопоставимыми по показателю объема форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$): 55 [42; 64] % и 60 [51; 69] % от должных значений ($p > 0,1$), течение БА у всех больных было неконтролируемым/ частично-контролируемым (менее 25 баллов по шкале АСТ). Базисная терапия БА в группах сравнения была сопоставимой на момент включения в исследование. На протяжении 360 дней исследования побочных лекарственных реакций, обострений БА, серьезных нежелательных явлений, связанных с препаратом, не установлено.

На момент 9-го Визита к врачу-исследователю в группе I отмечается значимое увеличение показателя $ОФВ_1$: 69 [54; 77] % против 52 [46; 59] % в группе сравнения ($p < 0,05$). Количество баллов по шкале АСТ было сопоставимым в группах исследования: 20 [16; 24] против 18 [15; 20] ($p > 0,1$).

Заключение: применение Сурфактанта-БЛ в сочетании с базисной терапией БА в течение 75 дней не приводит к нежелательным лекарственным реакциям, обострениям БА. В группе интервенции у 53,3% (10 из 19) удалось снизить дозу ингаляционного ГКС, 13,3% (4 из 19) снижение дозы системного ГКС, у 33,3% (5 из 19) не удалось снизить дозировку ГКС. Серьезных нежелательных явлений, связанных с исследуемым препаратом, не зарегистрировано.

ОКСИДАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Озодбеков Ю.Ш.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детских анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последнее время большое внимание привлекают вопросы оксидативных нарушений при различных патологических состояниях [11,12]. В норме в организме человека существует равновесие между прооксидантами и достаточно эффективной системой антиоксидантной защиты [7,9]. Смещение этого равновесия и формирование так называемого "окислительного стресса" является патогенетическим звеном в развитии большого количества болезней: рака, сахарного диабета, заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной, пищеварительной систем, профессиональных заболеваний [3,5,14,15,18,19]. Операционный стресс, само оперативное вмешательство, многокомпонентная общая анестезия (МОА) могут сдвинуть баланс между факторами антиоксидантной защиты и уровнем прооксидантов в сторону последних [4,8,10,16,17]. Немногочисленные данные о влиянии различных видов анестетиков, используемых при МОА, на возникновение и выраженность оксидантного стресса на системном и локальном уровне предопределяет целесообразность их детального изучения [1,2,6,13].

Целью исследования стало установление оксидантных нарушений при использовании различных методов МОА в условиях лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 70 пациенток хирургических отделений, госпитализированных в стационар для проведения оперативного лечения по поводу ЖКБ. Диагноз был подтвержден клинически, лабораторно и инструментально. Всем больным выполнялась ЛХЭ под МОА с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ).

Критерии включения в исследование: средний возраст 53,4±8,1 года, женский пол, верифицированный диагноз ЖКБ в стадии обострения, наличие возможной сопутствующей патологии в стадии ремиссии, письменное согласие на участие в проводимых исследованиях, объективный (физический) статус, оцененный по шкале ASA (American Society of Anesthesiologists - Американская Ассоциация Анестезиологов) - не выше второго (II) класса.

Критерии исключения: отказ пациенток от участия в исследовании, мужской пол, объективный статус по ASA III-IV класса, конверсия в открытую операцию, обострение сопутствующей патологии, наличие аллергической реакции на проводимое лечение, онкопатология, некомпенсированный сахарный диабет.

Ятрогенные интраоперационные осложнения отсутствовали, кровопотеря не превышала 150 мл. Больные, перенесшие ЛХЭ, рандомизированы на группы с учетом метода МОА, пола и возраста.

Методологическая схема анестезиологического обеспечения при ЛХЭ была одинакова во всех трех группах пациентов с ЖКБ, за исключением основного анестетика для поддержания анестезии. Последнее осуществлялось галотаном, пропофолом или севофлураном на фоне медикаментозной миоплегии, и ИВЛ. Наблюдение за клинической картиной наркоза вели по общепринятым в анестезиологии правилам.

Группа контроля включала 20 здоровых доноров-добровольцев женского пола того же возраста.

Забор крови производили до начала оперативного вмешательства и через 48 часов после выхода из наркоза. Интенсивность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали спектрофотометрически по содержанию в плазме крови продуктов деградации полиненасыщенных жирных кислот - производных тиобарбитуровой кислоты (малоновый диальдегид - МДА и ацилгидроперекиси - АГП). Для оценки состояния антиоксидантной системы определяли активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы методом прямого/конкурентного твердофазного иммуноферментного анализа с применением готовых коммерческих наборов. Уровень неоптерина выявляли методом твердофазного иммуноферментного анализа, а стабильные метаболиты NO (CMNO) выявляли с использованием двух аналитических операций: измерение эндогенного нитрита и превращение нитрата в нитрит с использованием нитрит-редуктазы с последующим измерением общего нитрита по абсорбции азокрасителя в реакции Грисса при длине волны 540нм. Регистрация всех результатов иммуноферментного анализа осуществлялась при помощи автоматического ридера для ИФА.

Статистическую обработку результатов исследования проводили по общепринятым критериям вариационно-статистического анализа с вычислением средних величин (М) и ошибки средней арифметической (m) с помощью пакета компьютерных программ Microsoft Excel, 2019. Существенность различий оценивали по U-критерию. Статистически значимыми считали различия с $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У пациенток с ЖКБ в предоперационном периоде выявлена активация процессов пероксидации (повышение в плазме крови концентрации МДА и АГП), снижение факторов антиоксидантной защиты (активности СОД, ОАА). В плазме крови установлено повышение уровня антиоксиданта неоптерина (таблица 1).

Таблица 1

Метаболические показатели больных ЖКБ до оперативного вмешательства и через 48 часа после выхода из наркоза (M±m)

Показатели	Единицы измерения	1	2	3	4	5
		Здоровые	До лечения	МОА с галотаном	МОА с пропофолом	МОА с севофлураном
МДА	мкмоль/л	2,36±0,11	5,19±0,17*1	4,12±0,14*1,2	2,2±0,16*2,3	2,48±0,09*2,3
АГП	усл. ед.	0,43±0,04	1,67±0,15*1	0,74±0,04*1,2	0,55±0,03*1-3	0,51±0,05*2,3
ОАА	%	56,1±1,21	41,68±0,5*1	47,6±0,99*1,2	47,1±1,33*1,2	54,8±0,59*2-4
Каталаза	мккат/л	20,66±0,51	15,66±0,27*1	20,14±0,45*2	19,69±0,53*2	20,45±0,71*2
СОД	усл. ед.	20,28±0,73	16,64±0,68*1	21,2±0,87*2	20,05±0,68*2	19,31±0,49*2
Неоптерин	пкг/мл	5,44±0,25	12,3±0,21*1	12,91±1,04*1	11,81±1,13*1	8,0±0,37*1-4
CMNO	мкмоль/л	6,93±0,19	6,06±0,7	4,93±0,28*1,2	4,46±0,23*1,2	5,9±0,51*3,4

Примечание: звездочкой отмечены достоверные отличия средних арифметических; цифры рядом со звездочкой - по отношению к показателям какой группы даны эти различия.

В группе больных, перенесших ЛХЭ под МОА с включением галотана, по сравнению с дооперационным периодом, выявлено в плазме крови нормализация активности каталазы и СОД, снижение концентрации CMNO и коррекция уровня МДА, АГП, ОАА. При МОА с включением пропофола обнаружена дополнительная нормализация концентрации в плазме крови МДА. Включение севофлурана нормализует все показатели метаболической активности, изученные в плазме крови (таблица 1).

Закключение. Выявленные нарушения метаболических параметров на фоне использования различных схем МОА у пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, позволили сделать вывод о том, что в условиях использования севофлурана имеет место наименьшая выраженность изменений метаболического статуса. Применение пропофола у пациентов с желчнокаменной болезнью оказывает промежуточный положительный эффект в отношении изученных параметров оксидантного статуса.

Таким образом, выявлено приоритетное влияние анестезиологического пособия (по мере снижения оптимальности): МОА на основе севофлурана, пропофола, галотана, которое позволяет, во-первых, рекомендовать использование севофлурана в целях максимального снижения риска послеоперационных осложнений, развивающихся на основе оксидантного стресса, кроме того это свидетельствует о необходимости разработки и внедрения эффективных способов профильной фармакологической коррекции нарушений.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ

Маматхужаев З.С., Ойбеков Г.С., Якубов А.А. - магистры по направлению "Кардиология"

Научный руководитель: к.м.н., доцент Вахабов Б.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что для понимания патогенеза ИБС необходимо дальнейшее изучение кровообращения, в частности, биогенных аминов и ферментов, участвующих в метаболизме аминов. В настоящее время, перекисное окисление липидов (ПОЛ) представляет собой, постоянно протекающий физиологический процесс, который при интенсификации участвует в развитии ряда патологий. Установлено, что активизация процессов перекисного окисления липидов принимает участие в патогенезе многих заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Целью исследования явилось изучение нарушений метаболизма катехоламинов и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при семейной гиперхолестеринемии

У 120 пациентов и родственников с дислипидемиями и 20 практически здоровых лиц, изучали активность САС: определяли суточную экскрецию катехоламинов (КА) - адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), ДОФА, активность моноаминоксидазы (МАО) и процессы ПОЛ общепринятыми методами. Все исследуемые были разделены на 3 группы: I-я –контроль (n=15), II-я группа -дислипидемия без ИБС (n=46), III-я -дислипидемия с клиническими признаками ИБС (n=74).

Полученные результаты показали, что во II-й группе отмечается повышение суточной экскреции: А суммарного на 26,5% по отношению к контрольной группе, суммарного норадреналина - на 14,4% по отношению к группе контроля (p<0,001). Дофамин (ДА) суммарный повышен 9,3% по отношению к контролю (p<0,05). ДОФА на 4,5% увеличена по отношению к контрольной группе (p<0,001). В III-й группе отмечается понижение суточной экскреции КА, в частности; А суммарного на 27,7%, НА суммарный уменьшен на 29,3% соответственно по сравнению со здоровыми (p<0,001). Происходит уменьшение экскреции суммарного ДА - на 48,8%, ДОФА на 22,0% по отношению к I –й группе (p<0,001).

При исследовании активности МАО при дислипидемиях выявили снижение активности фермента во всех обследуемых группах по отношению к контрольной. В группе контроля активность МАО составила $0,07 \pm 0,001$ ед/экс. Во II -й группе активность МАО составила $0,05 \pm 0,002$ ед/экс., что на 28,6% ниже контроля ($p < 0,001$). В III-й группе отмечается значительное понижение активности фермента на 45,7% по отношению к группе контроля и составила $0,038 \pm 0,002$ ед/экс. ($p < 0,001$).

Показатели ПОЛ во всех исследуемых группах достоверно отличались от таковых в контрольной группе. В контрольной группе, уровень малонового диальдегида (МДА)- вторичного продукта ПОЛ, колебался в пределах 2,1 – 4,4 нмоль/мл, в среднем $3,6 \pm 0,5$ нмоль/мл. Во II -й группе отмечается статистически достоверное повышение уровня МДА на 72,2% по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$). В III-й группе отмечается повышение уровня МДА на 116,6 % по отношению показателям контроля ($p < 0,001$).

Таким образом, в ходе исследования выявлено значительное изменение активности САС и процессов ПОЛ при дислипидемиях, что говорит о важной роли этих показателей в патогенезе ИБС и атеросклероза.

РОЛЬ СТАТИНОВ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

*Маматхужаев З.С. Ойбекова Г.С.
(Студенты магистратуры по направлению Кардиология)
Научный руководитель-д.м.н., проф. Хужамбердиев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Применение препаратов из группы статинов в настоящее время стало одним из обязательных компонентов лечения и профилактики ИБС. Кроме воздействия на показатели липидтранспортной системы, в последнее время обсуждается наличие у данной группы препаратов дополнительных благоприятных, «плеотропных» эффектов. Целью настоящего исследования стало изучение влияния умеренных доз розувастатина (торговая марка Roxera, фирмы KRKA, Словения) 20 мг в сутки на липидный спектр крови и процессы ПОЛ и активность САС.

Было исследовано 36 больных ИБС с прогрессирующей стенокардией напряжения, средний возраст $43,7 \pm 1,2$ года в качестве лечения получали строгую гиполлипидемическую диету + Roxera в дозе 20 мг в сутки в течение 30 дней. Определяли липидный спектр крови биохимическими экспресс-анализаторами до и после 30 дней проведенного лечения.

После проведенного лечения, отмечается статистически достоверное снижение ($p < 0,001$) уровня ОХС, ЛПНП, ТГ на 32,4%, 34,6%, 25,5 % и 29,2%, 31,5%, 21,6% и повышение уровня ЛПВП на 11,8% и 10,0% соответственно по отношению к исходным показателям, что сходится с литературными данными. У больных отмечается улучшение адаптационных, резервных возможностей в результате применения розувастатина. Уровень МДА снизился на 40,8% ($p < 0,001$) по отношению к исходным показателям и составила 4,82 нмоль/мл.

Таким образом, в ходе исследования побочных эффектов, способствующих прекращению применения препарата, не отмечалось. У пациентов с ИБС отмечается достоверное снижение частоты приступов стенокардии, уменьшение дозы применяемых антиангинальных препаратов и β -блокаторов.

УВЕИТ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

*Маматхужаев М.С. – студент магистратуры
Научный руководитель: доцент Маматхужаева Г.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Увеит при ювенильном идиопатическом артрите характеризуется хроническим вялотекущим течением, развитием тяжелых осложнений, приводящих к слепоте и слабовидению детей. Снижение зрения при увеите, ассоциированном с ювенильным идиопатическим артритом, варьирует от 0,4 у 13-26% до 0,1 у 5-9%, вплоть до полной утраты зрительных функций. Патология глаз при ювенильном идиопатическом артрите является очень актуальной и крайне сложной проблемой, требующим своевременного лечения.ей для ее успешного решения тесного сотрудничества офтальмологов, ревматологов и педиатров

Цель исследования – изучить особенности течения увеитов у детейна фоне ювенильного идиопатического артрита.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о клиническом течении увеитов у детей на фоне ювенильного идиопатического артрита.

Результаты исследования. Увеит при ювенильном идиопатическом артрите клинически протекает, как правило (80-93%), по типу хронического иридоциклита или хронического переднего увеита, реже носит

характер острого переднего увеита. Заболевание развивается малозаметно, без признаков раздражения глаз. Микросимптомы воспаления бывают лишь у 1/3 детей и не всегда привлекают внимание родителей, или выявляется случайно во время профилактического осмотра офтальмолога, или случайно в фазе развития осложнений (деформация зрачка за счет задних синехий, развитие катаракты). Один из классических признаков ювенильном идиопатическом артрите - лентовидная дегенерация роговицы, представляющее собой гиалиновое перерождение боуеновой оболочки и поверхностных слоев стромы с появлением новообразованной соединительной ткани и отложением извести.

Снижение зрения связано как с изменениями роговицы (лентовидная дегенерация), так и с формированием осложненной катаракты и вторичной глаукомы. Формирование катаракты является одним из наиболее частых осложнений эндогенных увеитов, особенно в детском возрасте, приводящих к потере зрения. Особенностью увеальных катаракт является частое сочетание с другими изменениями со стороны переднего отрезка глаза: лентовидная дегенерация роговицы, секкюзия зрачка, прехрусталиковые пленки и другие. Причиной развития катаракты чаще всего является применение местных кортикостероидов в виде инстилляций или периокулярных инъекций.

Основной причиной катаракты считается выраженная активность воспалительного процесса и наличие задних синехий, идущих к передней капсуле хрусталика. Также применение местных кортикостероидов до 3 раз в день на 87% уменьшают риск развития катаракты, в то время, как, их применение более 3 раз в день повышает риск развития помутнения хрусталика. В среднем, развитие осложненной катаракты происходит через 4 года от момента возникновения увеита.

Наличие осложненной катаракты приводит к снижению зрения, влекущим за собой развитие слепоты и слабовидения.

Одним из грозных осложнений увеита на фоне ювенильного идиопатического артрита является глаукома. Она развивается в 15-20% случаев.

Установлено большое разнообразие патогенетических механизмов повышения внутриглазного давления (ВГД) при увеальной глаукоме, что соответствует различным клиническим проявлениям этого заболевания. Как правило, глаукома при увеите на фоне ювенильного идиопатического артрита носит комбинированный характер.

Заключение. Таким образом, увеиты у детей при ювенильном идиопатическом артрите приводит к снижению зрения и инвалидизации детей и подростков, что затрудняет профессиональную ориентацию, в связи с чем, представляет определенную социальную проблему.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПАТОГЕНЕЗ УВЕИТОВ У ДЕТЕЙ

*Маматхужаев М.С. – студент магистратуры
Научный руководитель: доцент Маматхужаева Г.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Увеиты относятся к распространенным воспалительным заболеваниям глаз, часто развивающимся в детском возрасте. В большинстве случаев заболевание характеризуется рецидивирующим или хроническим характером течения с поражением обоих глаз и угрозой развития слабовидения и слепоты. В детском возрасте частота значительного снижения зрения и слепоты от увеита колеблется от 7 до 31%.

Цель исследования – изучить современные взгляды на патогенез увеитов у детей и провести их анализ.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о современных взглядах на патогенез увеитов у детей.

Результаты исследования. Патогенез увеитов можно представить следующим образом. При изменении проницаемости гематоофтальмического барьера в условиях нарушения функционирования систем, определяющих иммунологический гомеостаз, антигены и патологические иммунные комплексы поступают в глаз, где они взаимодействуют со специфическими и неспецифическими компонентами иммунной защиты. Иммунологически неактивные в норме интраокулярные ткани начинают активироваться под действием иммуномедиаторов. Ведущую роль в этом процессе играют провоспалительные цитокины. Известно, что ФНО- α и ИЛ-1 β способны вызывать изменения в эндотелии сосудов гематоофтальмического барьера, повышая его проницаемость и повышая активность воспалительных процессов в глазном яблоке.

В крови появляются тканеспецифические антигены, сенсибилизированные лимфоциты и антитела. Происходит усиление системных аутоиммунных реакций. Внутриглазное воспаление может развиваться по основным двум патогенетическим путям: антигенспецифическое иммунное воспаление и неспецифическое воспаление. Причиной неспецифического внутриглазного воспаления могут быть: инфекции, травмы и оперативные вмешательства.

Бактерии, грибы, вирусы, гельминты и хламидии могут быть причиной такого воспаления. Каждый микроорганизм вызывает различные виды ответов в организме хозяина. Грамм+ и грамм- бактерии вызывают острый воспалительный ответ с абсцедированием. Кислотоустойчивые бактерии вызывают гранулематозное воспаление и казеозный некроз, грибы - хроническое гранулематозное и

негранулематозное воспаление и реакцию гиперчувствительности, вирусы - хроническое негранулематозное воспаление и клеточную трансформацию.

Антигенспецифический иммунный ответ подразделяется на клеточный и гуморальный ответы. Более важным механизмом тканевого повреждения при увеитах представляется не гуморально опосредованный путь воздействия, а Т-клеточный механизм иммунного реагирования. Происходит ослабление Т-клеточного иммунитета, особенно его хелперного звена.

В оба процесса вовлекаются антигенпрезентирующие клетки - макрофаги и дендритические клетки. Пигментный эпителий сетчатки может сам образовывать и презентовать антигены. А местные антигены, такие как S-антиген, аррестин, интерфоторецепторный ретиноид - связывающий протеин, рековерин, родопсин, увеальные меланины ассоциированные протеины, трансдуцин, могут приобретать новые антигенные свойства. При увеитах увеличиваются концентрации простагландинов в глазу, источником которых может быть ткань радужки и цилиарного тела.

Установлено так же наличие перекрестно реагирующих антигенов эндотелия сосудов с антигенами сосудистой оболочки, сетчатки, зрительного нерва, капсулы хрусталика, гломерул почек, синовиальной ткани и сухожилий суставов и т.д.

Клетки эндотелия сосудов, клетки пигментного эпителия, клетки эндотелия роговицы, Мюллеровы клетки - это основные собственные клетки, участвующие в воспалительных реакциях в глазном яблоке. Эти клетки изменяют поверхностные маркеры МНС первого и второго класса, молекулы адгезии прежде инфильтрации глаза воспалительными клетками. Молекулы МНС второго класса повышают количество сывороточных лимфокинов, включая IFN- γ . МНС узнаются Т-лимфоцитами. Специфические Т-клетки активируют взаимодействие рецептор-лиганд (CD 28\B 7) и секрецию цитокинов (IL-1 β , IL-6). Молекулы адгезии поддерживают миграцию лейкоцитов к очагу воспаления. Лейкоциты, в свою очередь, выделяют провоспалительные цитокины. Под их воздействием происходит активация клеток эндотелия и лейкоцитов, находящихся в кровяном русле. На этой стадии происходит высвобождение таких ростовых факторов, как трансформирующий фактор роста (ТФР- α) и тромбоцитарный фактор роста, что индуцирует пролиферацию, неоваскуляризацию и другие патологические процессы.

Иммунопатологические исследования при увеитах свидетельствуют о выраженной инфильтрации структур глаза различными клеточными элементами, попадающими в глаз из кровяного русла: гранулоцитами, макрофагами, лимфоцитами. При увеитах выявляются все три типа гранулоцитов. Полиморфноядерные нейтрофилы (признак активного воспаления) характерны для бактериальных эндофтальмитов и болезни Бехчета. Эозинофилы проявляются при аллергических процессах и паразитарных инфекциях. Базофилы и тучные клетки продуцируют вазоактивные и хемотаксические медиаторы.

Важную роль в развитии увеита играет нарушение синтеза цитокинов и изменение правильного функционирования цитокиновой сети. Характер иммунного ответа при воспалительных заболеваниях зависит от преимущественной активации отдельных субпопуляций Т- лимфоцитов, которые обладают способностью синтезировать цитокины различных типов. При увеитах обнаружено замедление процессов гибели и обновления лимфоцитов. Клетки памяти, представленные В и Т-лимфоцитами, в течение довольно длительного времени существуют в стекловидном теле, радужной оболочке, цилиарном теле и хориоиде. Эти клетки могут участвовать в рецидивах внутриглазного воспаления.

Заключение. Таким образом, согласно ведущей концепции патогенеза увеитов, воспалительный процесс в сосудистом тракте рассматривается как взаимодействие комплекса факторов, включающих генетическую предрасположенность, общую и местную сенсибилизацию организма, нарушение гематоофтальмического барьера и повторное проникновение антигена в глаз.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ УВЕИТОВ У ДЕТЕЙ

*Маматхужаев М.С. – студент магистратуры
Научный руководитель: доцент Маматхужаева Г.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Лечение воспалительных заболеваний сосудистой оболочки глаза у детей является актуальной проблемой современной офтальмологии. Очень часто выявить причину увеитов, особенно при первых его признаках, не удастся. Поэтому своевременное лечение воспалительной патологии сосудистого тракта является особенно важным для профилактики развития осложнений и улучшения исходов заболевания.

Цель исследования – изучить современные методы лечения увеитов у детей и провести их анализ.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные для анализа современных методов лечения увеитов у детей.

Результаты исследования. Для лечения больных увеитами используется поэтапный подход. Применяется патогенетическая – глюкокортикоиды (дексаметазон с/к, в/в), ингибиторы протеолитических ферментов, нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, индометацин),

дезинтоксикационные (гемодез в/в, энтеродезрего), десенсибилизирующие (фенкарол, тавегил) и этиотропная терапия (специфические антибактериальные и противовирусные препараты).

Большое распространение находит метод лечения аутоиммунной патологии, основанный на внутривенном введении очень высоких доз глюкокортикоидов в течение короткого промежутка времени. Метод был назван "пульс-терапией", что означает "ударная терапия". За прошедшие двадцать лет метод пульс-терапии завоевал всеобщее признание, и даже популярность, стал широко использоваться в комплексной терапии увеитов.

Принципиально новые возможности в лечении увеитов появились в связи с внедрением в клиническую практику методов экстракорпоральной гемокоррекции.

Удаление больших объемов плазмы способствует выведению из кровеносного русла макроглобулинов, антител, иммунных комплексов, медиаторов воспаления и других патологических компонентов. Высокая эффективность плазмафереза доказана при различных заболеваниях глаз, в том числе при эндогенных увеитах.

Известны также работы об эффективном применении озонотерапии в офтальмологической практике.

Озонотерапия усиливает микроциркуляцию и трофику тканей, нормализует иммунный статус и реологические показатели крови, а также обладает бактерицидным, фунгицидным и противовирусным эффектами.

Спектр лечебных мероприятий, применяемых в экстракорпоральной гемокоррекции для лечения увеита, достаточно широк. В него входят и методы квантовой терапии - это УФО крови, низкоинтенсивное лазерное излучение для местного воздействия на очаг, обменный плазмаферез.

Сочетание плазмафереза с другими методами эфферентной медицины (экстракорпоральное лазерное облучение крови, ультрафиолетовое облучение лимфоцитов крови) повышает его эффективность, расширяя перечень механизмов лечебного действия.

Представляется перспективным применение новых, сочетанных методов в лечении воспалительных заболеваний увеального тракта.

Заключение. Таким образом, выбор метода лечения при увеитах зависит от преимущественной локализации процесса. При воспалении переднего отдела глазного яблока целесообразно сочетание инстилляций лекарственных средств и введение их под конъюнктиву.

При поражении ресничного тела и периферии хориоидеи и сетчатки рекомендуется вводить их в субтенонново пространство. К заднему полюсу глаза и средней периферии глазного дна лекарственные средства нужно подводить через ретробульбарное пространство. Этим достигается максимальное воздействие препарата на воспалительный очаг, что способствует более эффективному лечению.

ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЗАЦИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

*Маматхужаева Г.А. – студентка магистратуры
Научный руководитель: доцент Ганиева М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последнее десятилетие повысился удельный вес детей младшего школьного возраста среди заболевших гломерулонефритом, чаще стало наблюдаться затяжное течение гломерулонефрита и переход его в хроническую форму. Результаты наблюдений за больными показали, что возникая остро, гломерулонефрит может приобретать хроническое течение.

Цель исследования – изучить факторы риска хронизации гломерулонефрита у детей на современном этапе.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о факторах риска хронизации гломерулонефрита у детей.

Результаты исследования. Прогрессирующий гломерулосклероз и почечная недостаточность при отсутствии признаков клинической и иммунологической активности отмечены у ряда больных, перенесших острый гломерулонефрит, с кажущимся полным выздоровлением и связываются с гиперперфузией клубочков.

Острый гломерулонефрит наиболее благоприятно протекает у детей 10-14 лет, что, вероятно, связано с иммунной зрелостью организма. Н.В. Русакова (2000) отмечает клинические особенности современного течения гломерулонефрита и отдаленные исходы в анамнезе, которые характеризуются следующим: при манифестном начале процесс принимал циклическое течение с исходом в полную клинико-лабораторную ремиссию у большинства больных. У пациентов без выраженных экстраренальных и ренальных проявлений гломерулонефрита выявлена склонность к затяжному течению. Тем не менее, исход гломерулонефрита у каждого конкретного больного остается неопределенным.

Кроме клинических проявлений, одним из существенных факторов, влияющих на возникновение, клиническое течение и хронизацию гломерулонефрита, является состояние

преморбидного фона детей. У больных, имеющих антиген В40, фенотипическую комбинацию антигенов В5-В40, гаплотипические сочетания антигенов АЗ-В40 и А19-В40, потенциальный риск развития хронического гломерулонефрита оказался повышенным, тогда как уменьшение частоты встречаемости антигенов антигенов В35 и В41, гаплотипической комбинации антигенов А9-В40 свидетельствовало об определенной резистентности к возникновению хронического гломерулонефрита.

Спорными и неоднозначными в отношении острого течения заболевания являются малосимптомные формы, ассоциация гломерулонефрита с ОРВИ и другими вирусными инфекциями, продолжительные по времени макрогематурия и умеренно выраженная протеинурия. По данным М.С. Басалаевой хронизации и прогрессирующему течению острого гломерулонефрита способствуют длительно сохраняющиеся в дебюте болезни: артериальная гипертензия (более 2-х недель), отечный синдром (более 10 дней), почечная недостаточность острого периода (более одной недели).

В исследовании А. Ни, В.Н. Лучаниновой выделены следующие группы факторов хронизации гломерулонефрита: наследственная отягощенность, осложнения беременности и родов, хронический тонзиллит, частые острые респираторные заболевания, артериальная гипертензия, осложнения в дебюте болезни, раннее искусственное вскармливание.

При этом наибольшее значение имеют факторы наследственной отягощенности и осложненного течения беременности. Менее значимыми, но достаточно весомыми, являются факторы наличия хронического тонзиллита, частых ОРЗ, артериальной гипертензии и осложнений в дебюте гломерулонефрита.

К неблагоприятным в плане прогноза факторам, способствующим хронизации процесса относят также развитие гломерулонефрита на фоне врожденной или приобретенной патологии почек (кисты, нефроптоз, агенезия почки) и функциональных нарушений уродинамики (атония мочевого пузыря, дискинезии мочевыводящих путей).

Имеются сведения, подтверждающие то, что общая гемолитическая активность комплемента держится в сыворотке достаточно долго (более 8 недель) и начинает снижаться при благоприятном течении заболевания.

При затяжном течении, хронизации гломерулонефрита клеточное и гуморальное звенья иммунитета характеризуются низким содержанием Т-лимфоцитов, Т-супрессоров, натуральных киллеров, уровня сывороточных IgA, IgG.

Заключение. Таким образом, хронизации и прогрессирующему течению острого гломерулонефрита способствуют наследственная отягощенность, осложнения беременности и родов, хронический тонзиллит, частые острые респираторные заболевания, артериальная гипертензия, отечный синдром, почечная недостаточность острого периода, врожденные или приобретенные патологии почек и функциональных нарушений уродинамики.

ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

*Маматхужаева Г.А. – студентка магистратуры
Научный руководитель: доцент Ганиева М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. До настоящего времени гломерулонефрит остается важнейшей проблемой детской нефрологии. По мнению многих исследователей, хронический гломерулонефрит является одной из основных причин развития хронической почечной недостаточности среди приобретенных заболеваний у детей.

Цель исследования – изучить клинические проявления острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом у детей.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о клинических проявлениях острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом у детей.

Результаты исследования. При типичном течении острый постинфекционный гломерулонефрит чаще проявляется острым нефритическим синдромом.

Нефритический синдром - это воспаление клубочков почек с признаками азотемии, то есть снижении клубочковой фильтрации, при выраженной [протеинурии](#), [гематурии](#) и задержкой в организме солей и жидкости с последующим развитием [артериальной гипертензии](#). При остром гломерулонефрите с нефритическим синдромом у детей отмечается также нарушением функции почек в остром периоде болезни вплоть до острой почечной недостаточности (ОПН).

К данному моменту известно, что клубочковые поражения могут быть вызваны разнообразными как инфекционными агентами (стрептококки, стафилококки, вирусы и т.д.), так и атопическими воздействиями (вакцины, лекарства и др.). Распространенность отдельных серотипов нефритогенных стрептококков уменьшается. За последние 30 лет заболеваемость постстрептококковым гломерулонефритом в США и Европе снизилась, так как реже стали возникать вспышки кожных инфекций, вызванных стрептококками, в отличие от развивающихся стран.

Однако, по данным других исследователей, инфицирование нефритогенным штаммом стрептококка группы А является и по сей день достаточно распространенной. Чаще всего развитие острого гломерулонефрита связывают с наличием стрептококковой инфекции в верхних дыхательных путях и коже.

Некоторые авторы приводят данные о том, что в последние годы наблюдается новая волна активности гемолитического стрептококка, возможно связанная с появлением антибиотико устойчивых штаммов. Последнее рассматривается с позиции нарушений иммунологического баланса в современных техногенных условиях. Важен тот факт, согласно которому авторы отмечают превалирование роли дерматогенных штаммов стрептококка по сравнению с тонзиллогенными.

Риск развития острого постстрептококкового гломерулонефрита после инфицирования нефритогенным штаммом стрептококка зависит от локализации очага инфекции, который может локализоваться на миндалинах, дыхательных путях, на коже и клапанах сердца. У 20% детей школьного возраста имеет место кариес стрептококковой этиологии.

В клинической картине также возможны изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, ангиоспастическая ретино- и энцефалопатия, которые связаны с объемной перегрузкой и представляют опасность для жизни. У больных детей с атипичным течением острого постинфекционного гломерулонефрита экстраренальные проявления отсутствуют либо они весьма незначительны и кратковременны.

Экзогенные токсические воздействия солями тяжелых металлов, гербицидами, применение некоторых лекарственных препаратов также могут сопровождаться развитием острого гломерулонефрита нефротическим синдромом у детей. Нередки случаи развития острого гломерулонефрита после вакцинации и приема облигатных пищевых аллергенов, в частности у детей с аллергическим диатезом.

Заключение. Таким образом, ведущим этиологическим фактором острого гломерулонефрита нефротическим синдромом у детей по-прежнему является стрептококковая инфекция. Высока также роль острой респираторной инфекции как фактора, способствующего активации латентной стрептококковой инфекции.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Маматхужаева Г.А. – студентка магистратуры

Научный руководитель: доцент Ганиева М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди заболеваний почек у детей и подростков гломерулонефрит занимает особое место в связи с трудностями диагностики, тяжестью осложнений, несовершенной терапией, склонностью к хронизации и рецидивированию патологического процесса, неблагоприятным прогнозом некоторых его форм. Менее изученной остается часто встречающаяся в детском возрасте гематурическая форма хронического гломерулонефрита.

Актуальность проблемы определяется не только частотой, но и трудностями определения активности патологического процесса в почках, а также прогнозом данного заболевания.

Цель исследования – изучить особенности течения гематурической формы хронического гломерулонефрита у детей.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о течении гематурической формы хронического гломерулонефрита у детей.

Результаты исследования. Обследование больных с гематурической формой хронического гломерулонефрита выявило изменения показателей клеточного иммунитета в виде снижения уровня В-лимфоцитов. Также выявлены изменения уровня иммуноглобулинов сыворотки крови, которые проявлялись в виде стойкого снижения IgG, IgM и повышение IgA. В то же время в периоде клинико-лабораторной ремиссии не происходило нормализации исследованных показателей.

Роль изменений иммунной системы в патогенезе гломерулонефрита признается многими исследователями, но единого мнения нет. О возможной хронизации острого гломерулонефрита свидетельствует снижение общего уровня Т-клеток, появление нейтрофилов в моче осадке. При хроническом гломерулонефрите информативными признаками активности патологического процесса и его прогрессирования являются наличие активированных Т-лимфоцитов, экспрессирующих рецептор к интерлейкину-2 и антигенов гистосовместимости II класса.

Также при гематурической форме хронического гломерулонефрита отмечалось достоверное повышение уровня IgA в крови, процентного содержания Т-лимфоцитов. По данным ДНК-цитометрии выявлялось увеличение доли клеток в фазах пролиферации, что патогномично активной стадии воспалительного процесса. Значительное возрастание данного показателя при гематурической форме хронического гломерулонефрита является неблагоприятным признаком, отражающим выраженность

почечного процесса.

У детей с гематурической формой хронического гломерулонефрита артериальная гипертензия (скрытая и явная) наблюдались менее чем в трети случаев. При мезангиопролиферативном гломерулонефрите в 43,4% случаев отмечалось повышение уровня артериального давления. Авторы указывают на существенную роль склеротических изменений в почках в формировании артериальной гипертензии у детей с гломерулонефритом.

Артериальная гипертензия относится к ведущим неиммунным механизмам прогрессирования гломерулонефрита, ускоряя процессы склерозирования почечной ткани. Системная артериальная гипертензия приводит к нарушению внутривисцеральной гемодинамики, которое проявляется внутривисцеральной гипертензией, в результате чего отмечается гиперфильтрация. Последние два фактора являются причиной прогрессирования почечной недостаточности.

Заключение. Таким образом, несмотря на имеющиеся многочисленные исследования по этиологии и патогенезу гематурической формы гломерулонефрита в литературе недостаточно освещена проблема о роли сочетанных факторов риска в развитии гломерулонефрита у детей. Выяснение этих вопросов может иметь важное значение в прогнозировании развития гломерулонефрита, его хронизации и выборе дальнейших профилактических, лечебных мероприятий.

ОБУЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ УЧАЩИХСЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

*И.А.Матвеева, старший преподаватель кафедры иностранных языков
АГМИ*

Обучение взрослых имеет свои особенности. Этим занимается андрогогика - наука о теоретических и практических проблемах образования, обучения и воспитания взрослых. Приступая к изучению иностранного языка, взрослые мало чем отличаются от молодых, однако существуют и некоторые возрастные особенности.

1. Взрослый учащийся может принимать участие в планировании обучения, расстановке приоритетов, определении критериев оценки. Это очень важный момент. Перед началом занятий стоит обсудить со взрослыми студентами цели обучения, предпочтительный темп занятия, homework policy, частоту проведения тестирования и т.д. Например, если кто-то говорит: "Мне не нужно говорить и слушать, мне просто нужно читать тексты по специальности, и делать это быстро, а не как сейчас, зависая над каждым абзацем со словарем в обнимку на полчаса", то, соответственно, мы начинаем читать требуемые тексты, в частности, подбираем наиболее «показательные» отрывки, составляем глоссарий, учимся применять различные виды чтения (просмотровое, поисковое, ознакомительное), выписываем и разбираем вызывающие затруднения грамматические конструкции.

2. Меняется роль преподавателя. Детей учат, взрослые учатся сами. Соответственно, задача преподавателя не в том, чтобы вывернуться наизнанку, но «вложить в голову знания», а в том, чтобы помочь, дать рекомендации, направить.

3. Необходимо учитывать прошлый опыт взрослого студента — где, как и чему он ранее обучался. Привычки, ожидания, разочарования, понимание того, что верно, а что нет ... Все это неизбежно значительно влияет на процесс обучения. Если учащийся учил язык в школе и в немного вузе, преподаватели на уроке многое говорили по-русски (приветствия, прощания, объяснения грамматики, инструкции к заданиям и прочее). Когда он попадает на занятия, которое ведется на 95% на английском — впадает в полный ступор. Не потому, что не может понять сказанные на языке приветствия, прощания, инструкции и прочее, а просто потому, что он не привык заниматься таким образом.

4. Особенности мотивации. Взрослый мотивирует себя сам. Они с удовольствием учатся за компанию, или просто потому, что обучение конкретному предмету для них — это fun.

Взрослым учащимся необходимо точно знать, зачем именно они обучаются, должна быть четко поставленная цель, ясное понимание возможных выгод.

5. «Peer Instruction» и «Peer Assessment» - это термины по-английски, трудно подобрать подходящие эквиваленты в русском языке. Peer Instruction — это когда не только преподаватель обучает группу, но и сами учащиеся обучают друг друга, работая на занятии в парах и группах. Если есть возможность организовать групповую или парную работу, это всегда предпочтительно сделать. С «Peer Assessment» (когда учащиеся оценивают работы друг друга) все сложнее. Этот вид работы неизбежен в очень больших группах, так как позволяет существенно сэкономить время занятия. Но использовать «Peer Assessment» следует весьма дозированно. Скажем, учащиеся могут на уроке оценить мини-презентации друг друга.

Принимая во внимание особенности обучения взрослого контингента учащихся, можно заключить, что поиск новых подходов при обучении взрослых — весьма актуальная тема, особенно учитывая информационно-технический прогресс и пору эпохи нового Ренессанса в Узбекистане.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ II И III СТАДИИ

*Выполнила: Мансурова Ш.Н., магистр I курса,
Научный руководитель: Султонкулова М.К., Мамарасулова Д.З.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Неадьювантной терапией, в частности, рака молочной железы, принято считать комплекс дополнительных лечебных мероприятий направленных на уничтожение микрометастазов после хирургического удаления первичного опухолевого очага. Подобный подход базируется на том, что даже после проведения эффективного локального лечения у многих пациенток со временем нем развивается метастатическое поражение, а успехи в развитии местного воздействия не уменьшают частоту появления отдалённых метастазов.

Клиническое изучение противоопухолевых лекарственных препаратов проводится в определённой последовательности. Эффективность каждого нового препарата начинает оцениваться в монокимиотерапии больных распространёнными стадиями опухолевого процесса после отсутствия эффекта от уже проведенного лечения (фаза I → фаза II → фаза III).

Цель исследования. Проведение сравнительной оценки радиохирургического метода с открытой биопсией парастеральных лимфатических узлов и торакоскопической лимфодиссекции с целью совершенствования диагностики и лечения рака молочной железы II и III стадии.

Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование, в которое включено 70 больных раком молочной железы II и III стадии, находившихся на лечение в АООД с 2020 по 2021 гг. Возраст пациенток колебался от 24 до 74 лет. Средний возраст составил 49,16 лет. Существенных возрастных различий в группах T2N1M0 и T3N0M0 не было.

Результаты исследования. Отработаны технические приемы выполнения и показания к видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции при раке молочной железы II и III стадии.

Видеоторакоскопическая парастеральная лимфодиссекция позволяет удалить всю парастеральную клетчатку для гистологического исследования. Диагностическая значимость видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции с целью выявления метастатически пораженных лимфатических узлов этой зоны выше, чем открытой биопсии парастеральных лимфатических узлов и составила 19,0% по сравнению с 10,8%.

Определены показания к проведению видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции у больных раком молочной железы II б стадии: внутренняя и центральная локализация первичной опухоли молочной железы; C2 и C3 степень злокачественности первичной опухоли; наличие метастазов в аксиллярных лимфатических узлах при любом размере первичной опухоли; размеры первичной опухоли более 5 см (T3) в сочетании с отсутствием метастатического поражения аксиллярных лимфатических узлов (N0).

Полное удаление парастеральной клетчатки при видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции с последующей лучевой терапией на эту зону у больных с выявленными метастазами, достоверно улучшает общую ($89,5 \pm 3,6\%$) и безрецидивную ($79,5 \pm 4,5\%$) 5-летнюю выживаемость больных раком молочной железы II б стадии по сравнению с пациентами, получившими в плане комбинированного и комплексного лечения внутритканевую лучевую терапию на парастеральную зону ($78,9 \pm 3,7\%$ и $74,3 \pm 4,2\%$, соответственно).

Общая 5-летняя выживаемость в группе больных T2M1M0 стадии, которым была выполнена внутритканевая лучевая терапия в сочетании с радикальной резекцией молочной железы, составила $78,2 \pm 3,8\%$, а среди больных, которым выполнялась видеоторакоскопическая парастеральная лимфодиссекция, она составила $89,5 \pm 3,6\%$ при том же объеме хирургического вмешательства. Показатели общей 5-летней и безрецидивной выживаемости при радикальной мастэктомии были ниже и составили $71,0 \pm 4,1\%$ при выполнении внутритканевой лучевой терапии, а при выполнении видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции - $79,9 \pm 3,9\%$.

В группе больных раком молочной железы T3MOMO стадии при сочетании видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции с органосохранной операцией на молочной железе показатели 5-летней общей ($86,7 \pm 4,0\%$) и безрецидивной выживаемости ($77,8 \pm 4,1\%$) были достоверно выше; в то время как при сочетании радикальной резекции молочной железы с дальнейшей внутритканевой лучевой терапией 5-летняя общая выживаемость равна $69,6 \pm 6,8\%$ а безрецидивная - $32,4 \pm 13,9\%$. Такая же тенденция наблюдается и при выполнении больным радикальной мастэктомии в сочетании с различными вариантами воздействия на парастеральную зону: показатели 5-летней общей и безрецидивной выживаемости больных, которым проводилась видеоторакоскопическая парастеральная лимфодиссекция в сочетании с радикальной мастэктомией составили $94,9 \pm 4,0\%$ и $67,4 \pm 4,1\%$, что достоверно выше, чем у больных, которым была проведена внутритканевая лучевая терапия при том же объеме оперативного лечения ($80,7 \pm 6,8\%$ и $62,6 \pm 13,9\%$) соответственно.

Вывод. Проведенные исследования позволяют рекомендовать более щадящий и вместе с тем адекватный объем оперативного лечения, оптимальный режим лучевой терапии у больных с наличием метастатического поражения парастеральных лимфатических узлов при использовании открытой биопсии парастеральных лимфатических узлов или видеоторакоскопической лимфодиссекции. Определены показания и результативность использования внутритканевой лучевой терапии и видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции с последующей лучевой терапией на метастатически измененные лимфатические узлы в лечении больных раком молочной железы II и III стадии.

НЕОАДЬЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ II И III СТАДИИ

*Выполнила: Мансурова Ш.Н, магистр 1 курса,
Научный руководители: Султонкулова М.К., Мамарасулова Д.З.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Предоперационная (неoadьювантная) терапия, использовавшаяся первоначально при местно-распространенном раке молочной железы (РМЖ), все чаще применяется у больных с операбельным заболеванием, но с относительно более крупными опухолями. Уменьшая размеры первичной опухоли, предоперационная терапия позволяет все чаще выполнять органосохраняющие операции.

Неoadьювантное лечение обеспечивает также возможность получить информацию о биологии РМЖ и ускорить оценку новых видов терапии.

Цель исследования. Проведение сравнительной оценки радиохирургического метода с открытой биопсией парастеральных лимфатических узлов и торакоскопической лимфодиссекции с целью совершенствования диагностики и лечения рака молочной железы II и III стадии.

Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование, в которое включено 70 больных раком молочной железы II и III стадии, находившихся на лечение в АООД с 2020 по 2021 гг. Возраст пациенток колебался от 24 до 74 лет. Средний возраст составил 49,16 лет. Существенных возрастных различий в группах T2N1M0 и T3N0M0 не было.

Результаты исследования. Целью современной комплексной терапии больных с местнораспространенным и отечно-инфильтративным РМЖ является излечение, которое достигается более чем у 50% пациенток (5-летняя безрецидивная выживаемость при местнораспространенном РМЖ составляет, по различным данным, от 49 до 70%).

Терапевтический режим определяется биологическими особенностями опухоли и распространенностью процесса. Соответственно различают режимы для больных с гормонозависимым (люминальный подтип), HER2-позитивным и трижды негативным РМЖ. Все они строятся на использовании индукционной неoadьювантной системной терапии, локорегионарного воздействия (операции и/или лучевой терапии) и адьювантной системной терапии.

Неoadьювантная системная терапия является важнейшим этапом, который позволяет перевести опухоль в операбельное состояние. Эффективность используемых лекарственных средств оценивается путем повторного морфологического исследования.

Перспективным является изучение в неoadьювантном режиме новых противоопухолевых препаратов, в частности ингибиторов PARP, при трижды негативном РМЖ, особенно у больных с мутированным BRCA1.

Послеоперационная (адьювантная) системная терапия у больных с люминальным РМЖ включает длительную гормонотерапию, у больных с HER2-позитивным РМЖ – использование трастузумаба и других анти-HER2-препаратов.

Не существует стандартов послеоперационной терапии для прогностически наиболее неблагоприятной, но высокочувствительной к цитотоксической химиотерапии группы больных с трижды негативным РМЖ.

При недостаточном эффекте предоперационной химиотерапии подход с использованием в адьювантном режиме препаратов, не обладающих перекрестной резистентностью, не обеспечивает преимуществ в выживаемости.

Вывод. Современный комплексный подход к лечению местнораспространенного исходно неоперабельного РМЖ, который включает последовательное использование неoadьювантной индукционной системной терапии (обычно комбинированной химиотерапии), локорегионарные воздействия в виде оперативного лечения и лучевой терапии и послеоперационную системную терапию, позволяет добиться 5-летней безрецидивной выживаемости у 50% больных. При этом оптимальная терапевтическая тактика определяется дифференцированно с учетом молекулярно-биологической характеристики опухоли.

Определены показания и результативность использования внутритканевой лучевой терапии и видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции с последующей лучевой терапией на метастатически измененные лимфатические узлы в лечении больных раком молочной железы II и III стадии.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Махматмурадова Н.Н. – ассистент кафедры внутренней медицины №4
Научный руководитель: Аралов Н.Р. – доцент кафедры внутренней медицины №4
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Установлено, что интерстициальные заболевания легких, характеризуются прогрессирующим заболеванием легких, воспалительно-склеротических изменений в структуре легочного интерстиция. И их возникновению иногда способствуют ревматические болезни – системная склеродермия, полимиозит, ревматоидный артрит, при которых отмечается поражение легких.

Цель исследования – выявить частоту встречаемости, характеристику, диагностику ревматических болезней при интерстициальной пневмонии легких.

Материал и методы исследования. В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 26 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2018-2020 гг. Проведены исследования с применением рентгенографии органов грудной клетки, спирометрии, компьютерной томографии, эхокардиографии, ревматологических проб.

Результаты исследования. В гендерном аспекте отмечалось явное преобладание у женщин 18 (69,2%), а у мужчин 8 (30,8%). В возрастном аспекте отмечалось варьирование от 25 до 74 лет, с преобладанием в промежутке 30-45 лет. При этом в большинстве случаев интерстициальные заболевания легких отмечались у больных с системной склеродермией. Обычно она формировалась у больных в ранние годы заболевания и протекала латентно, а клинически выявлялась при длительном наблюдении, с учетом респираторных симптомов, обнаружением базальной крепитации при аускультации легких, исследованием функции внешнего дыхания и компьютерной томографии. Клинически у пациентов отмечалась одышка инспираторного характера (94%), непродуктивный кашель (47%), двусторонняя базальная крепитация (72%). При рентгенологическом исследовании у 82% больных, обнаружено – базальный пневмофиброз, изменение легочного рисунка и снижение прозрачности в базальных отделах легких. А при компьютерной томографии почти у всех больных отмечалась инфильтрация по типу матового стекла и симптомы «сотового» легкого. У всех больных с ревматическими заболеваниями обнаружены рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания разной выраженности (медиана жизненной емкости легких составила 54,6% от должного). Уменьшение насыщения гемоглобина кислородом в покое отмечено у 73% больных, а после теста с 6-минутной ходьбой – у всех пациентов.

Отмечалась взаимосвязь интерстициального поражения легких у больных с системной склеродермией с выраженностью синдрома Рейно. В большинстве случаев при установленном диагнозе ревматического заболевания, выявлялось поражение легких.

При выявлении диссеминации на рентгенограмме легких у больных с ревматическими заболеваниями, получающими базисную иммуносупрессивную терапию (преднизолон, метотрексат, Д-пенициллинамин, биологические агенты), необходимо исключение инфекционного генеза (прежде всего туберкулеза), а также лекарственного поражения легких.

Выводы. Установлено, что увеличиваются больные с ревматическими заболеваниями, у которых выявляются интерстициальные поражения легких, которые также чаще отмечались у женщин работоспособного возраста, с преобладанием в клинике одышки, слабости, кашля и др. Диагностически значимо применение компьютерной томографии. Рекомендуется в дальнейшем изучение прогностической роли интерстициального поражения легких у больных с ревматическими заболеваниями.

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

*Махмудов А.А., магистр 1 курса
Научные руководители: Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д.З.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В течение многих десятилетий при распространенных формах рака желудка паллиативные операции были наиболее часто выполняемым вариантом хирургического лечения и состояли, в основном, из трех вмешательств – гастростомии при проксимальных опухолях, гастроэнтероанастомозе при дистальных, а также паллиативной резекции или экстирпации желудка. Вышеперечисленные паллиативные операции имели целью ликвидацию осложнений, вызванных опухолью (высокая непроходимость, кровотечение, перфорация).

В последние 2 десятилетия возрастает хирургическая активность при распространенных формах рака желудка, и цель оперативного вмешательства уже не ликвидация осложнений, а удаление опухоли.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Цель исследования.Повысить эффективность комплексного лечения местнораспространенного рака желудка путем разработки и применения методов прогнозирования прогрессирования заболевания и различных вариантов интраперитонеальной химиотерапии.

Материалы и методы исследования.На кафедре онкологии и медицинской радиологии с 2020 по 2021 г. у больных со злокачественными опухолями желудка III б и IV стадии выполнено 113 оперативных вмешательств.

Результаты исследования.Оперированы 58 мужчин и 55 женщин, средний возраст $57 \pm 1,1$ год, минимальный – 30 лет, максимальный – 89.

У 51 больного из 113 (45,1%) заболевание протекало бессимптомно, либо проявлялось умеренно выраженными диспептическими явлениями. У 38 больных (33,6%) имело место нарушение пассажа пищи по верхним отделам ЖКТ, у 18 больных (15,9%) наблюдались кровотечения из распадающейся опухоли желудка различной степени выраженности.

В 5 случаях (4,2%) явления непроходимости сочетались с желудочным кровотечением, и у одной больной заболевание манифестировало перфорацией опухоли желудка в свободную брюшную полость. Наличие тех или иных симптомов было связано с локализацией и размерами опухоли. Размеры опухоли варьировали от 1 см в диаметре с поражением только слизистой оболочки и подслизистого слоя до тотального поражения желудка с вовлечением всех слоев стенки и прорастанием соседних органов.

Наиболее часто встречалось поражение тела желудка – 35 больных (31,0%). У 33 больных (29,2%) имело место тотальное поражение желудка, в 21 случае (18,6%) опухоль локализовалась в антральном отделе желудка, в 15 случаях (13,3%) – в кардиальном отделе желудка и 7 больных ранее перенесли резекцию желудка, и у них опухоль локализовалась в культе. У 2 больных имела место такая редкая патология, как рак двенадцатиперстной кишки.

Вывод. Не очень утешительные результаты в основном связаны с запущенностью процесса, а стадия заболевания основана на глубине поражения стенки желудка. Результаты лечения резко снижаются при прорастании серозного покрова органа, приводящего к диссеминации рака и метастазов в ЛУ, гематогенной диссеминации. Поэтому очень большой проблемой является применение известных схем лекарственной терапии, разработки новых схем и новых лекарственных средств.

Таким образом, соблюдение общих принципов диагностики и лечения РЖ повышает радикальность операции, приводит к снижению частоты ближайших послеоперационных осложнений, летальности и местных рецидивов, способствует улучшению отдаленных результатов лечения.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Махмудов А.А., магистр 1 курса

Научные руководители: Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д.З.

Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность.Несмотря на развитие современной онкологии, модернизацию медицинских технологий, удельный вес взятых на учет больных I–II стадий рака желудка не превышает 25,3 %. Около 75 % больных поступают в специализированные учреждения в запущенных III–IV стадиях процесса.

При этом у большинства пациентов имеют место различные осложнения, диктующие необходимость выполнения срочной хирургической коррекции. Из них наиболее часто встречаются кровотечение из опухоли, различных степеней стеноза, а в некоторых случаях и туморозная перфорация с развитием перитонита. В этих случаях в связи с местной распространенностью патологического процесса, соответствующей III–IV стадии, адекватное хирургическое вмешательство представляет собой чрезвычайно трудную задачу.

Цель исследования.Целью исследования явилось изучение результатов хирургического лечения рака желудка, осложненного кровотечением.

Материалы и методы исследования.Объектом нашего исследования явились истории болезней 70 больных с местно-распространенным раком желудка, лечившихся в условиях АООД за период с 2020 по 2021 г.

Результаты исследования. Анализ выраженности кровопотери и, следовательно, уровня постгеморрагической анемии, оцененной по степени дефицита ОЦК при госпитализации больных в стационар, показал, что в I группе в 91 (45,5 %) случае отмечалась I степень кровопотери, в 78 (39,0 %) – II степень, у 13 (15,5 %) больных – III степень кровопотери (по классификации Л.Г. Брюсова, 1998). При этом к моменту поступления в стационар эндоскопически факт остановившегося кровотечения установлен у 124 (62,0%) больных, тогда как у 76 (38,0 %) во время обследования было продолжающееся кровотечение Forrest IIb, III.

Учитывая тяжесть состояния больных МРРЖ, проводились предоперационные мероприятия, направленные на коррекцию нарушений водносолевого и белкового баланса, обусловленных алиментарной недостаточностью, а также на улучшение реологии крови и создание антибактериального фона.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРВ МУАММОЛАРИ

В отличие от этого во II группе в раннем послеоперационном периоде снижение уровня гемоглобина составило $82,3 \pm 0,4$ г/л, эритроцитов $3,0 \pm 0,3 \times 10^{12}/л$, ПТИ – $98,3 \pm 0,8$ %. В I группе в раннем послеоперационном периоде отмечалось равномерное развитие осложнений как хирургического, так и терапевтического генеза, при этом общая частота послеоперационных осложнений составила 8,5 %, летальность – 4,0 %. Во II группе характер развившихся послеоперационных осложнений существенно не отличался, но они встречались несколько реже – в 6,8 % случаев. После плановых операций умерло 9 больных, что составило 3,4.

Таким образом, анализ непосредственных результатов хирургических вмешательств при осложненном кровотечением раке желудка показывает, что их выполнение вполне оправдано, поскольку не приводит к увеличению уровня послеоперационной летальности, несмотря на незначительное возрастание частоты послеоперационных осложнений. Учитывая выраженное угнетение показателей «красной» части крови и изменения коагулограммы у больных МРРЖОК, целесообразным является проведение активной гемостатической и кровозамещающей терапии в комплексе предоперационной подготовки.

Вывод. Не очень утешительные результаты в основном связаны с запущенностью процесса, а стадия заболевания основана на глубине поражения стенки желудка.

Результаты лечения резко снижаются при прорастании серозного покрова органа, приводящего к диссеминации рака и метастазов в ЛУ, гематогенной диссеминации. Поэтому очень большой проблемой является применение известных схем лекарственной терапии, разработки новых схем и новых лекарственных средств.

Таким образом, соблюдение общих принципов диагностики и лечения РЖ повышает радикальность операции, приводит к снижению частоты ближайших послеоперационных осложнений, летальности и местных рецидивов, способствует улучшению отдаленных результатов лечения.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Г. М. Абдукадырова Студентка 3-курса 314-ой группы
Научный руководитель: Г.Д.Махмудова, Кафедра иностранных языков
АГМИ*

Особенности преподавания английского языка с использованием современных технологий. Компьютер кардинально меняет способ восприятия, подготовки и проведения обучения. Поиск в компьютеризированных базах данных, использование статистических пакетов для анализа данных, использование Интернета для поиска информации и исследований, а также электронная почта стали обычным явлением в среде преподавания / обучения. Тем не менее, когда многие новые и опытные преподаватели входят в аудиторию, они либо игнорируют технологии, либо полагаются на технологии, с которыми они очень хорошо знакомы, такие как ОНР {проект над головой}, доска и мел, учебники и т.д. Для некоторых использование ИТ {информационных технологий} в преподавании и обучении все еще остается сложной задачей: однако мы не можем игнорировать тот факт, что многие студенты очень грамотны в области ИТ и ожидают, что технологии будут использоваться в преподавании и обучении. Технологии позволяют учителям настраивать свою преподавательскую и учебную деятельность так, чтобы она лучше соответствовала потребностям учащихся. Технологии также побуждают студентов выходить за рамки лекционного зала, чтобы расширить свою учебную и связанную с обучением деятельность. Хороший пример здесь - из английской литературы, где студенты изучают пьесы Шекспира. Многие студенты видели пьесы, которые они разучивали. Если бы можно было получить доступ к компакт-диску с клипами с пьесами, студенты могли бы опросить клипы, увидеть несколько точек зрения. Студентов можно побуждать к проведению таких мероприятий, как самостоятельное изучение, результаты которого могут быть вынесены на следующую лекцию или учебное занятие для обсуждения и дальнейшего изучения.

В антропологии «прицелы виртуального поля» могут использоваться как средство исследования обширных данных, собранных в ходе прошлых и настоящих исследований. Это позволяет студентам просматривать археологические достопримечательности и артефакты через панорамы виртуальной реальности, что дает им значительно улучшенную среду обучения. Опять же, студенты могут опрашивать CD-Rom или базы данных в качестве самостоятельного изучения, а Tesults можно использовать на следующем занятии с лектором, имея основной диск или базу данных вживую в день, чтобы помочь в обсуждении и исследовании.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Махмудова Д.Х. - Магистр 3 курса
Научные руководители: Инакова Б.Б., Солиева М.О.
Андижанский государственный медицинский институт

Целью данной работы явилось изучение и сравнительная оценка эффективности применения актовегина в комплексном лечении больных детей с ВУЗРП.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 76 детей с ВУЗРП, находящихся на лечении в отделении патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей детской больницы №1 г. Андижан, начиная с 5-6 дня жизни до 30-35 дневного возраста. Из них 59 доношенных и 17 детей недоношенных с ВУЗРП. Все обследуемые дети были разделены на 3 группы: 1-ую группу составили 39 (51,4%) детей с ВУЗРП I степени, с массой тела от 2650г до 2950г; 2-ую – 26 (34,2%) детей со II степенью ВУЗРП, с массой тела от 2335г до 2600г; 3-ую группу составили 11 (14,4%) детей с ВУЗРП III степени, с массой тела менее 2300г. Контрольную группу составили 20 детей идентичного возраста. Всем детям были проведены общий клинический анализ крови, гематокритное число, уровень общего белка в крови, содержание Са в сыворотке крови, определение уровня прямого и непрямого билирубина и активности аминотрансфераз. Из всех обследуемых детей у 34 уже в первые 5-6 дней жизни выявилась анемия легкой и среднетяжелой степени (Hb ниже 160 г/л).

Результаты и их обсуждение. Больным контрольной группы было назначено общепринятое лечение (глюкоза, кокарбоксилаза, аскорбиновая кислота, витаминотерапия, в том числе и витамин А, Е, АТФ и др.). Детям основной группы, наряду с вышеуказанными препаратами, был назначен актовегин по 0,4 мл (16 мг) с глюкозой внутривенно капельно в течение 10 дней. Критерием эффективности лечения явилось улучшение общего состояния ребенка, быстрое исчезновение патологических симптомов (вялость, гипорефлексия, гипотония, тургор и эластичность кожи, состояние подкожно-жирового слоя и др.), активное сосание и хорошая ежедневная прибавка веса [1,2,4].

У детей основной группы, получающей комплексное лечение с использованием актовегина, отмечалось улучшение общего состояния: дети стали активнее, хорошо прибавляли в весе, быстро исчезали такие симптомы, как вялость, гипо-адинамия, рвота и срыгивания, цианоз носогубного треугольника и акроцианоз, нормализовался ритм дыхания, четкость тонов сердца и пр. Отмечались также значительные сдвиги в лабораторных показателях – увеличение гемоглобина, показателей уровня общего белка, снижение показателей билирубина. Надо отметить, что у детей I и 2-ой группы заметное улучшение наступало на 12-15 дни лечения, а у детей 3-ей группы улучшение наблюдалось медленнее (на 21-25 дни), из них у 5 детей эффекта от лечения практически не наблюдалось.

Таким образом, проведенное лечение детям с ВУЗРП позволяет отметить выраженный положительный эффект с использованием актовегина.

Выводы:

1. При использовании актовегина в комплексном лечении больных детей с I и II степенью ВУЗРП отмечалось значительное улучшение общего состояния больных детей, заметное улучшение у детей с III-ей степенью, по сравнению с детьми, не получавшими актовегин.
2. Применение актовегина в комплексном лечении больных заметно сокращало сроки пребывания ребенка в стационаре

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Махмудова Д.Х. - магистр 3 курса
Научные руководители: Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т.
Андижанский государственный институт

Цель исследования. Определить особенности изменения ССС у новорожденных детей, родившихся с малой массой тела.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 новорожденных в раннем неонатальном периоде.

На основе клинических, параклинических, биохимических и инструментальных исследований проведена комплексная оценка состояния здоровья новорожденных. При рождении состояние детей оценено по шкале Апгар на 1 и 5 минутах жизни, проведены антропометрические измерения основных параметров физического развития детей при рождении и в динамике наблюдений.

Результаты и их обсуждение Экстрагенитальная патология отмечалась у 12 (75%) матерей доношенных детей, родившихся с малой массой тела, и по сравнению с женщинами контрольной группы – 9 (18%) случаев встречалась значительно чаще ($p < 0,001$). Отмечено, что 6 (37,5%) женщин данной

обследованной группы имели отягощенный акушерский анамнез (ОАА), его частота у матерей контрольной группы характеризовалась достоверно меньшими значениями – 5(22%) случаев ($p>0,05$). У матерей доношенных новорожденных родившихся с малой массой тела, обнаруживалась также высокая частота отягощенного гинекологического анамнеза (ОГА) – у 12 (75%) женщин ($p<0,001$) по сравнению с матерями детей контрольной группы – 7 (14,7%).

Динамика показателя АД, ЧСС и ЧД новорожденных с ЗВУР, в сравнительном аспекте с новорожденными контрольной группы детьми лишь к 4-6 дню жизни у них выявляется увеличение ПД($P<0,05$), по сравнению с предыдущими днями наблюдения.

У новорожденных с ГИЭ и ЗВУР в первые дни жизни значение ДАД ($P<0,05$) более высокие, чем у детей контрольной группы, ко 2-3 дню жизни отмечаются так же высокие значения САД ($P<0,05$), ДАД($P<0,05$) и ЧД ($P<0,01$).

При анализе ЭКГ установлена частота различных изменений, которая составит 89,3%. Причем количество новорожденных детей, имеющих на ЭКГ изменения, увеличивалось со степенью тяжести энцефалопатии.

Синусовая аритмия выявлена в 47,1%. У детей контрольной группы синусовая аритмия зарегистрирована в 22,1% случаев а у новорожденных с ГИЭ – 45,9%. Кроме того, у детей с с ГИЭ в 3,3% случаев отмечалась выраженная тахикардия (более 200 уд/мин.) нарушение проводимости выявлено у 56,2% обследованных детей (47,1; 65,4 и 57,4 соответственно уровням адаптации).

Динамика показателя АД, ЧСС и ЧД новорожденных родившихся с малой массой тела, в сравнительном аспекте с новорожденными контрольной группы детьми лишь к 4-6 дню жизни у них выявляется увеличение ПД($P<0,05$), по сравнению с предыдущими днями наблюдения.

У новорожденных с ГИЭ и ЗВУР в первые дни жизни значение ДАД ($P<0,05$) более высокие, чем у детей контрольной группы, ко 2-3 дню жизни отмечаются так же высокие значения САД ($P<0,05$), ДАД($P<0,05$) и ЧД ($P<0,01$).

Таким образом, у новорожденных детей с ГИЭ и малой массой тела, рожденных при осложненном течении беременности, являлось свидетельством нарушений транспортной функции плаценты и залогом дезадаптации ССС детей в период новорожденности.

Гипоксическое повреждение миокарда клинически выражается в виде дизадаптации сердечно-сосудистой системы новорожденных, неонатальной гипертензией, персистированием фетальных коммуникаций, транзиторной дисфункцией (ишемией) миокарда различной дизритмии и нарушением проводимости сердца.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА – ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ

Махмудова М.– студентка 3 курса медико-профилактического направления

*Научные руководители: М.Х. Салиева – к.м.н., доцент; М.М.Мирзаева -старший преподаватель
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Одной из важнейших стратегий в сохранении здоровья полости рта является правильное питание: то, что едим и как часто принимаем пищу. Кроме ежедневной гигиены полости рта необходимо придерживаться особой стоматологической диеты.

Материалы и методы исследования. Главное требование – ограничение частоты потребления углеводов. Количество приемов пищи не должно превышать 5–6 раз в день, включая 3 основных приема пищи и 2 перекуса. Наиболее важные вещества для здоровья ваших зубов и десен это – белки, кальций, фосфор, цинк, антиоксиданты, витамины А, В, С, D, омега-3 жирные кислоты. Молочные продукты без добавления сахара способны укреплять зубы. Например, кальций, содержащийся в сыре, делает зубы более крепкими. В то же время сыр нейтрализует pH ротовой полости, что является профилактикой развития кариеса. Молоко и йогурты обеспечивают организм фосфатами, и витамином D, которые особенно необходимы для лучшего усвоения кальция в организме человека.

Орехи. Многие сорта орехов (арахис, миндаль кешью, лесной орех) обеспечивают зубы кальцием, витамином D, витамином B6, железом и цинком, что особенно важно для укрепления зубов. Наибольшее количество кальция, необходимого для восстановления минеральной структуры эмали зубов, содержится в миндале и бразильских орехах.

Твердые сорта фруктов и овощей. Данную группу продуктов питания еще называют «стоматологическими детергентами». Во-первых, они стимулируют слюноотделение, снижающее количество бактерий в ротовой полости. Во-вторых, они обладают так называемым эффектом скраба для зубов, обеспечивая тем самым дополнительное очищение зубов от остатков пищи. Клубника и киви. Клубника и киви содержат наивысшую концентрацию витамина С, необходимого для здоровья ваших десен. Именно витамин С является одним из самых важных веществ для сохранения структуры коллагеновых волокон ваших десен. Чай. Зеленый и черный чай содержат такие вещества как полифенолы, которые препятствуют отложению зубного налета на зубах. В свою очередь полифенолы снижают активность кариесогенных бактерий. Катехины, содержащиеся в зеленом чае, сохраняют ваши десны здоровыми. Вода. Вода обеспечивает

ополаскивание полости рта от остатков пищи и сладких напитков. Фторированная вода способствуют дополнительному укреплению эмали зубов.

Наиболее опасными для здоровья зубов являются: конфеты и шоколад (особенно жевательные конфеты), сухофрукты, пища с большим содержанием углеводов. Газированные сладкие напитки. Алкогольные напитки. Цитрусовые соки и напитки.

Использование фторидов. В качестве носителя добавок фторидов всему населению рекомендуется пищевая йодированно-фторированная соль, которую следует добавлять к пище в процессе ее приготовления. Фторид содержащие зубные пасты рекомендуются для постоянного ежедневного двукратного применения при чистке зубов всему населению (с возрастными ограничениями по концентрации и расходу пасты для детей).

Выводы. Необходимо посещать стоматолога не менее одного раза в год. Лечение кариеса зубов на ранних стадиях безболезненно и наиболее эффективно, в то время как в запущенных случаях зуб нередко приходится удалять. Соблюдение этих простых правил поможет сохранить зубы здоровыми.

ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Махсудова Б., студентка 341-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Махсудова Х.Ф., Кафедра педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Легочный органогенез и ангиогенез находятся в строгой взаимосвязи. Любые нарушения формирования, роста и развития легочной ткани могут сопровождаться нарушением формирования легочной сосудистой стенки. Так же изменения структуры и функции легочных сосудов неизменно сопровождаются периваскулярными нарушениями структуры альвеолярной.

В отличие от взрослых у больных детей заболевание имеет клинические, патогенетические и гемодинамические особенности, в основе которых фундаментальные отличия растущего и уже сформированного организма.

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 в 2019 году 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 гипертрофии левого 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%.

Всем пациентам произведена радикальная коррекция ВПС. В 1-ю группу были включены 15 (62,5%) пациентов, у которых в послеоперационном периоде бозентан не применялся, во 2-ю – 9 (37,5%) пациентов, которым потребовалась назначение бозентана. Медиана веса составила 5,2 и 4,6 кг в 1-й и 2-й группах соответственно. Пациентам с септальными дефектами, общим открытым атриовентрикулярным каналом и тотальным аномальным дренажом легочных вен выполнена радикальная коррекция данных пороков сердца. У пациентов 2-й группы показатели систолического давления в легочной артерии (СДЛА) через 48 часов после операции было ниже 95% ($p=0,023$), доверительный интервал (ДИ) (0,55-0,96), отношение шансов (ОШ)- 73). Включение бозентана в состав комплексной терапии легочной гипертензии в раннем послеоперационном периоде позволяет снизить продолжительность искусственной вентиляции легких ($p=0,01$, 95% ДИ (0,92-0,99). ОШ=0,96), длительность применения инотропов ($p=0,017$, 95% ДИ (0,06-0,98), ОШ = 0,25) и необходимость продленной миорелаксации (0,017, 95% ДИ (0,04-0,74), ОШ=0,17).

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 позволяют улучшить прогноз детей с ВПС.

СРАВНЕНИЕ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Махсудова Б., студентка 341-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Махсудова Х.Ф., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Обострение бронхиальной астмы нередко препятствует посещению детьми дошкольных учреждений и школьных занятий, снижают качество жизни больных и их семей. Это выдвигает проблему бронхиальной астмы на одно из первых мест в медицине, в клинической педиатрии.

Среди проблем, связанных с ведением больных бронхиальной астмой у детей, врачу приходится решать ряд вопросов, таких как первичная диагностика, установление степени тяжести заболевания, контроль за состоянием ребенка и эффективностью проводимой терапии.

Цель исследования. Разработать нормативы показателей пиковой скорости выдоха у детей и подростков в возрасте 4-17 лет с представлением в виде центильных величин; провести сравнительный анализ показателей пиковой скорости выдоха у здоровых детей возрасте 4-17 лет и детей, больных бронхиальной астмой различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования. В процессе работы проведено обследование здоровых детей с целью уточнения их пиковой скорости выдоха, формирование нормативных величин, изучение суточной лабильности бронхиальной проходимости по данным ПФМ.

Обследование детей, больных бронхиальной астмой, уточнение показателей пиковой скорости выдоха и изучение суточной лабильности бронхопроходимости. Сравнение показателей ПСВ и лабильности бронхов у здоровых детей и детей с бронхиальной астмой. Всем детям производили антропометрические измерения: рост, масса тела, окружность грудной клетки.

По росту дети были объединены в группы по 5 см: от 96 до 185 см, девочки 96-180 см, мальчики 96-185 см. Таким образом, получилось 18 ростовых групп. В большинстве ростовых групп мальчиков и девочек примерно равное количество.

Результаты исследования. Разработаны нормативы показателей пиковой скорости выдоха у здоровых детей и подростков при исследовании большой выборки (3640 человек). Нормативы представлены в виде центильных таблиц и графиков.

При сравнении показателей пиковой скорости выдоха у здоровых девочек и мальчиков, статистически значимых отличий не выявлено до достижения возраста 13 лет, в возрасте 14 лет и старше появляются значимые различия. При сравнении показателей пиковой скорости выдоха в зависимости от роста, значимые различия между полами появляются при росте в 170 см и более. В возрасте старше 14 лет или при росте более 170 см более высокие показатели пиковой скорости выдоха отмечаются у мальчиков. До 14 лет и при росте менее 170 см возможно оценивать пиковую скорость выдоха у детей без разделения по полу.

Изученные показатели пиковой скорости выдоха у детей, больных бронхиальной астмой различной степени тяжести, в состоянии стабильной клинко-функциональной ремиссии представлены в виде средних величин и стандартных отклонений.

При сравнении показателей пиковой скорости выдоха у здоровых детей и детей, больных бронхиальной астмой в ремиссии заболевания, значимых различий не выявлено, что свидетельствует о корректности оценки пиковой скорости выдоха у детей с бронхиальной астмой по нормативам здоровых детей.

Суточные колебания бронхопроводимости у большинства (70%) здоровых детей и подростков составили от 0 до 10%. Причем у 37% детей они составили менее 5%, что соответствует ошибке прибора.

Суточные колебания бронхопроводимости у детей с бронхиальной астмой в ремиссии заболевания существенно выше, чем у здоровых детей.

Вывод. Полученные результаты могут быть использованы в работе специализированных (аллергологическое, пульмонологическое) и соматических отделений детских стационаров, кабинетов детских консультативно-диагностических центров, детских поликлиник, бригад скорой/неотложной медицинской помощи.

Применение новых нормативов пиковой скорости выдоха позволит точнее определить течение и степень компенсации бронхиальной астмы, оптимизировать подбор индивидуально эффективного объема базисной терапии. Использование центильных таблиц и графиков позволит быстрее, легче и удобнее провести оценку пиковой скорости выдоха и степень её отклонения от нормы.

ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ ФАКТОРОВ

Махсудова Б., студентка 341-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Махсудова Х.Ф.

Кафедра педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Больные бронхиальной астмой могут описывать бронхиальную ГР как комплекс симптомов - экспираторная одышка, свистящее дыхание.

О гиперреактивности дыхательных путей следует говорить, прежде всего, как о комплексном физиологическом нарушении, обусловленном и генотипическими, и фенотипическими особенностями. Исследование этиологических факторов, принимающих участие в формировании гиперреактивности дыхательных путей, определение главенствующих патологических механизмов представляются значимыми для разработки стратегии профилактики и лечения хронических болезней органов дыхания.

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 в 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. У 23 обследованных (35%) был диагностирован синдром гиперреактивности бронхов, среди них 9 (39%) женщин и 14 (60,8%) мужчин.

Среди лиц с установленным синдромом гиперреактивности бронхов у 11 человек (47,8%) встречались частые инфекционные заболевания органов дыхания. У 7 лиц (30,4%) диагностированы признаки атопии, 5 человек (21,7%) указали на отягощенную наследственность, преимущественно по материнской линии. Установлено, что у курящих со стажем курения более 10 лет синдром гиперреактивности бронхов диагностирован в 15% случаев, тогда как среди некурящих - в 9,6%.

При анализе нарушений реактивности бронхов у больных пневмонией в зависимости от этиологического фактора установлено, что у больных пневмонией вирусно-бактериальной этиологии проявления ГР бронхов были установлены у 11 из 20, т.е. в 55% случаев, степень выраженности ее была средней (пороговая доза ацетилхолина составляла - $4,3 \pm 0,2$ мг, обзидана - $4,5 \pm 0,3$ мг); а у больных пневмонией бактериальной этиологии - в 30,7% случаев (у 35 из 114 больных), степень ее выраженности была низкой (пороговая доза ацетилхолина составляла - $5,3 \pm 0,4$ мг, обзидана - $5,5 \pm 0,3$ мг). Следовательно, у больных пневмонией вирусно-бактериальной этиологии нарушения реактивности бронхов выражены чаще и в большей степени, чем у больных пневмонией бактериальной этиологии. Этот факт говорит о том, что вирусная инфекция (в том числе и при ассоциации с бактериальной инфекцией), оказывает более выраженное повреждающее воздействие на рецепторный аппарат бронхов.

Вывод. Таким образом, существует комплекс как эндогенных, так и экзогенных причин, приводящих к формированию синдрома гиперреактивности бронхов. Весомость каждого из них будет установлена при дальнейшем клинико-функциональном исследовании.

РОЛЬ ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У БЕРЕМЕННЫХ

Выполнила: Мирзаабдуллахожиева О.У.

Научный руководитель: Zufarova Ш.А, д.м.н., Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронические диффузные заболевания печени часто встречаются у женщин детородного возраста. Наиболее частой формой поражения печени является хронический гепатит вирусной этиологии, более редкими - аутоиммунный и лекарственный гепатит, холестатические формы поражения (первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит), алкогольное поражение печени, неалкогольный стеатогепатит (на фоне ожирения, сахарного диабета), болезнь Вильсона-Коновалова и другие.

Последние десятилетия ознаменованы ростом числа инфицированных и страдающих вирусными хроническими заболеваниями печени /ХЗП/, особенно среди лиц молодого возраста, а также появлением ряда новых лекарственных препаратов, позволяющих проводить успешное этиопатогенетическое лечение некоторых форм поражений печени. Это ведет к увеличению числа беременных и рожениц среди женщин,

страдающих ХЗП. Особенности течения ХЗП у беременных, тактика ведения таких больных, в частности, показания к медикаментозному лечению и вопросы его безопасности недостаточно изучены.

Цель исследования. Поэтому наше исследование было разработано и успешно реализовано с целью выявления патогенетических маршрутов и регионального аспекта эффективных способов профилактики и лечения ВГВ с разработкой рекомендаций для оптимизации ранней диагностики/прогнозирования ВГВ с учётом выявленных нарушений иммунных систем, медиаторов воспаления, предикторов раннего осложнения неблагоприятного прогноза.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели и задачи в настоящее исследование, проведённое на базе отделений АОПЦ, Были включены с целью оценки влияния гемоконтактных вирусных гепатитов на показатели иммунного статуса беременных, течение гестации и перинатального исхода нами было проведено проспективное исследование, в которое вошли 150 женщины. У всех беременных ХВГВ был впервые выявлен во время настоящей беременности.

Обследованные женщины разделены на 3 группы: I (основная) - 60 беременных женщин с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ); II (сравнительная) - 60 женщин с ХВГВ и III (контрольная) - 30 практически здоровых беременных.

Результаты исследования. В ходе исследования также изучались показатели гуморального иммунитета у беременных женщин с хроническим вирусным гепатитом В в III триместре и после родов. Результаты показали, что и в основной, и в группе контроля до и после родов показатели (IgA, IgG, IgM) гуморального иммунитета оставались в пределах нормы.

У всех беременных, у которых впервые был выявлен ВГВ, определяется значительно высокий титр поверхностного белка к HBsAg-Qualfe (среднем -1959,4). Результаты анализа ПЦР, которые были проведены 13 беременным женщинам с ХВГВ показали, что у 2 (15%) в крови не было обнаружено ДНК HBV, а у 11 (85%) - было выявлено, среди которых 27% имели высокую вирусемию (в среднем - 7620000 копий/ мл), 73% - среднюю вирусемию (548000 копий/мл).

Титр поверхностного белка HBsAg-Qual исследуемых пациенток оказался достаточно высок (в среднем -1959,4), что говорит о свежем заражении.

Таким образом, у беременных женщин с хроническим вирусным гепатитом В наблюдается подавление клеточного звена иммунитета, а именно уровень Т-лимфоцитов (CD3 - $46,1 \pm 1,63\%$), Т-хелперов (CD4

- $27,4 \pm 0,77\%$), рецептора пролиферации (CD71 - $10,7 \pm 1,27\%$) и фагоцитарной активности (CD32 - $70,1 \pm 2,4\%$). Со стороны гуморального иммунитета во всех исследуемых группах изменений не наблюдалось. Высокий титр HBsAg-Qual у беременных с ХВГВ предопределяет высокий уровень вирусемии, что необходимо учитывать при ведении беременности.

Вывод. Тщательная оценка риска в связи с возможной беременностью у больных циррозом печени должна проводиться до ее наступления. Больные должны получать рекомендации по контрацепции. При необходимости хирургическая коррекция портальной гипертензии должна осуществляться до наступления беременности.

Беременным, имеющим высокий риск кровотечения из вен пищевода, прерывание беременности должно предлагаться на ранних ее сроках (до 12 недель). В более поздние сроки беременности риск ее прерывания считается у таких больных неоправданным. Тактика ведения родов у таких больных разноречива.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Выполнила: Мирзаабдуллахожиева О.У.

*Научный руководитель: Зуфарова Ш.А, д.м.н., Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Иммунопрофилактика ВГВ - иммуноглобулин (ИГ) и ВГВ вакцины, как известно, являются безопасными и эффективными средствами профилактики вертикальной передачи вируса от матери к ребенку, но они по-разному применяются в разных географических регионах. Существует два подхода к обследованию женщин на HBsAg во время беременности - универсальный (всеобщий) и скрининг в группах риска. Универсальный скрининг означает, что все беременные женщины проходят обследование на ВГВ-инфекцию, в то время как скрининг в группах риска опирается на наличие в анамнезе «факторов риска» (внутривенное употребление наркотиков, беспорядочные половые контакты, работники коммерческого секса, половой контакт с HBsAg-положительными лицами).

В США тестирование на HBsAg рекомендуется каждой беременной независимо от предыдущего тестирования или наличия вакцинации в анамнезе [1,2,6]. В других странах часто отсутствует последовательная политика в отношении обследования женщин на ВГВ-инфекцию во время беременности, и многие страны полагаются на стратегию «факторов риска», чтобы определить показания для скрининга.

Тем не менее около 50% инфицированных беременных женщин не были определены при использовании этой стратегии [2,4,11].

Цель исследования. Поэтому наше исследование было разработано и успешно реализовано с целью выявления патогенетических маршрутов и регионального аспекта эффективных способов профилактики и лечения ВГВ с разработкой рекомендаций для оптимизации ранней диагностики/прогнозирования ВГВ с учётом выявленных нарушений иммунных систем, медиаторов воспаления, предикторов раннего осложнения неблагоприятного прогноза.

Материалы и методы исследования. Полученные данные позволили предположить, что после обнаружения в сыворотке крови беременных с помощью ИФА положительного HBsAg, определяли титр поверхностного белка вируса HBsAg - Qual.

Исследования проводились на базе АОПЦ. Для характеристики показателей содержания иммуннокомпетентных клеток в периферической крови определяли количество лейкоцитов, Т-лимфоцитов (CD3), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8), В-лимфоцитов (CD20), апоптоз (CD95), NK-клетки (CD16), рецептор к IL2 (CD25), рецептор пролиферации (CD71), фагоцитоз (CD32).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием персонального компьютера Pentium - 4 с помощью программы статистики SPSS версия и стандартной программы EXCEL 2010. М - среднее значение, m - статистическая ошибка.

Результаты исследования. В основной и контрольной группах до и после родов гуморальный иммунитет, а именно показатели IgA, IgG, IgM, оставался в пределах нормы. Результаты анализа ПЦР, которые были проведены 13 беременным женщинам с ХВГВ показали, что у 2 (15%) из них в крови не было обнаружено ДНК HBV, а у 11 (85%) - было выявлено, среди которых 27% имели высокую вирусемию (в среднем - 7620000 копий/мл), 73% - среднюю вирусемию (548000 копий/мл). Высокий титр HBsAg - Qual у беременных с ХВГВ предопределяет высокий уровень вирусемии, что необходимо учитывать при ведении беременности.

Ранее выявление и распознавание установленных нами тенденций и более чем 15-ти новых факторов развития ВГВ у беременных – эффективный путь организации целенаправленных лечебно-диагностических подходов и совершенствование реабилитационно-профилактических программ этой патологии и, самое главное, перехода от лечения ВГВ беременных – к активному управлению риском.

6. Таким образом, нами установлено, что скрининговые маркеры ВГВ и ВГС суммарно выявляются у 14,3 % беременных женщин г.Андижана. Большая часть обследованных инфицирована гепатитом С. Гепатит В не выявлен ни в одном случае. У всех пациентов с антителами к вирусу гепатит был в прошлом и завершился выздоровлением.

7. Главными путями передачи гепатитов являются половой (особенно при гепатите В) и внутривенное введение наркотиков. Следует обращать внимание на сведения о перенесенном в прошлом неуточненном остром гепатите. Вероятность гепатита С в этой ситуации весьма высока.

Вывод. Тщательная оценка риска в связи с возможной беременностью у больных циррозом печени должна проводиться до ее наступления. Больные должны получать рекомендации по контрацепции. При необходимости хирургическая коррекция портальной гипертензии должна осуществляться до наступления беременности.

Беременным, имеющим высокий риск кровотечения из вен пищевода, прерывание беременности должно предлагаться на ранних ее сроках (до 12 недель). В более поздние сроки беременности риск ее прерывания считается у таких больных неоправданным. Тактика ведения родов у таких больных разноречива.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ САМОМОТИВАЦИИ У СТУДЕНТОВ

Мирзаев М.У. – студент 6-курса 1-Педиатрического факультета

Научный руководитель: Шойимова Ш.С., к.п.н., доцент кафедры Гражданского общества, педагогики и психологии

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Мотивация является ведущим фактором, регулирующим активность, поведение, деятельность личности. Эффективность учебной деятельности зависит от силы мотивации – чем сильнее побуждение к действию, тем выше результат деятельности. Большинству студентов приходилось сталкиваться с отсутствием мотивации по разным причинам: лень, отсутствие конкретной цели или стимула, незаинтересованность, неудовлетворительное психофизиологическое и психоэмоциональное состояние, бурная студенческая жизнь, огромная учебная нагрузка и т.д. Это способствует многим студентам учиться намного хуже своих возможностей и способностей.

Цель исследования. Изучить способы повышения самомотивации у студентов.

Материалы и методы исследования. Изучение отечественных и зарубежных источников по данной теме, теоретический анализ соответствующей научно-методической литературы, проведение методики изучения мотивации обучения в вузе Т.И.Ильиной, методики диагностики личности на мотивацию к успеху

Т.Элерса (Тест/Опросник Т.Элерса для изучения мотивации достижения успеха), а также тренинга по развитию самомотивации студентов 3-курса медико-педагогического факультета.

Результаты исследования. Мотивация обучения – это общее название для процессов, методов, средств побуждения учащихся к продуктивной познавательной деятельности, к активному освоению содержания образования. Мотивом является то, что побуждает человека действовать определенным образом или, по крайней мере, развивать склонность к конкретному поведению. Мотивированный человек – вектор, который имеет направление, движение и силу. Даже пребывая в состоянии покоя, он может действовать (например, ментальная деятельность). Человек может достичь серьезной цели, если будет балансировать между мотивацией (когда задача интересна, приносит удовольствие и выполняется с легкостью) и силой воли (когда задача поставлена, браться за нее не хочется, но человек заставляет себя, потому что нужно). Внутренне мотивированное поведение порождается чувством личного удовлетворения, человек получает радость от выполнения задачи. Внутренняя мотивация является критическим элементом в когнитивном, социальном и физическом развитии; мотивированные люди работают лучше, успешнее и продуктивнее. Внешне мотивированное поведение, напротив, выполняется для того, чтобы получить что-то от других. Самомотивация – это создание у самого себя внутреннего и стойкого желания действовать с предельной отдачей, без вмешательства посторонних людей и факторов. Преподаватели мотивируют студентов, но самомотивация является ключевым и более устойчивым элементом эффективности обучения. Студенты сами должны формировать, развивать и постоянно стимулировать свою мотивацию, вдохновлять себя, критично относиться к уровню своих знаний, учиться всегда, стараться узнать что-то новое и полезное каждый день.

Закключение. Самомотивация представляет собой процесс, позволяющий личности регулировать свое внутреннее состояние, ставить перед собой высокие цели, побуждать себя к продуктивной деятельности, настраиваться на получение лучшего результата. Для успешного и эффективного профессионального обучения студентов необходимо научить основным способам, инструментам и алгоритмам повышения самомотивации. Это помогает им достичь своих целей в учебной деятельности легко и непринужденно, не зависимо от внешних факторов.

СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДЫ СОВМЕСТНЫЕ КОСПГЛАЗИЕ ДЕТЕЙ

Мирзамахмудов Ш.И. - Магистр офтальмологии 3 степени.

Научный руководитель: Икрамов А.Ф. - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Происхождение сопутствующих заболеваний бывает врожденным и приобретенным, а также при заболеваниях центральной нервной системы, сопровождающихся аметропией и снижением остроты зрения на один глаз. В результате этих факторов движущаяся часть анализатора зрения повреждается и нарушает бинокулярное зрение. Даже сегодня ряд традиционных методов лечения остаются неэффективными при приобретенных сопутствующих заболеваниях и врожденных сопутствующих заболеваниях. В последние годы перед офтальмологами встала проблема разработки эффективных методов лечения врожденных пороков развития этиологии заболевания.

Цель исследования. Однако деменция занимает одно из первых мест среди причин слепоты, нарушения зрения и нарушения зрения, при этом заболеваемость у детей составляет 2-3%. Гилай сопровождается нарушениями монокулярного и бинокулярного зрения.

Материалы и методы исследования. Клинические исследования и лечение пациентов с этим заболеванием проводились в офтальмологическом отделении Андижанского государственного медицинского института, офтальмологическом отделении Областной детской многопрофильной больницы и Медицинском центре «Фокальная офтальмологическая клиника». Исследования включали непрерывное наблюдение, комплексное лечение и последующее проспективное наблюдение за пациентами на разных стадиях заболевания в течение 2019-2021 годов. Было изучено 48 пациентов (96 глаз) с этим заболеванием желчного пузыря, с большим упором на врожденный партнерский гингивит.

Результаты исследования. Были проанализированы две исследовательские группы детей с сопутствующими заболеваниями: первая группа получала микрохирургическое лечение (37 пациентов, 74 глаза), а пациенты второй группы лечились консервативными методами без хирургического вмешательства у детей. (11 пациентов, 22 глаза)). В 1-й группе у 29,10% были врожденные пороки развития и 47,90% - приобретенные пороки развития. Видно, что количество приобретенных гиле в 1,5 раза больше, чем врожденных. Количество пациентов во 2-й исследовательской группе составило 23,00% от общего количества обследованных. При оперативном лечении больных детей, разделенных на мальчиков и девочек, общее количество пациентов, перенесших операцию по удалению наружной прямой мышцы и внутренней рецессии прямой мышцы (комбинированный метод), составило 9 человек, из них 5 девочек в возрасте от 3 до 7 лет. была проведена через 2-3 года после постановки диагноза. Наружную резекцию мышц прямой кишки прошли 19 человек, из них 11 девочек. Операция по рецессии внутриглазной мышцы была проведена

15 детям, при этом девочек было вдвое больше, чем мальчиков - 6 лет. По результатам распределения методов микрохирургии у детей с сопутствующими заболеваниями у всех пациентов первой группы. в нашем исследовании было 15 мальчиков и 22 девочек. Исходя из этих цифр, заболеваемость у девочек в 1,5 раза выше, а хирургическое лечение проводится в возрасте 3-7 лет.

Выход. Пациенты с врожденными и сопутствующими патологиями будут обследованы на основе клинического и офтальмологического оборудования в отобранных группах на основании нарушений зрения и нарушений зрения, что станет основой для выбора лечебных процедур.

Отмечена эффективность микрохирургических и консервативных методов лечения в отдельных группах пациентов при коронарных и сопутствующих заболеваниях, общее преимущество микрохирургических методов в анализе зрительных функций и их динамики после лечения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЙ МАЛЬЧИКОВ 13-16 ЛЕТ

Мирзакаримов Б.Н. – магистр по морфологии

Научный руководитель – Кахаров З.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Физическое развитие представляет собой один из важнейших показателей здоровья человека, что является особенно четко выраженным у людей молодого возраста. В последнем десятилетии XX – начале XXI века появились публикации, свидетельствующие о замедлении процесса акселерации и появлении противоположного явления – ретардации физического и полового развития. Значительная часть работ, содержащих данные в пользу приостановки процесса акселерации, опубликована в России.

Большинство авторов расценивают данное явление как следствие влияния неблагоприятных социально-экономических и экологических факторов, характерных для современной России. Однако долгосрочные исследования секулярного тренда в большинстве развитых северных европейских стран (Дания, Норвегия и Швеция) также выявили прогрессивное снижение темпов акселерации и даже ее остановку в последние десятилетия. Научным поводом для написания данного обзора явилась попытка систематизировать информацию по секулярному тренду в России и сравнить эти тенденции с общемировыми.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь физического и полового развития мальчиков 13-16 лет.

Материалы и методы. Проводился обзор литературных данных по изучаемому вопросу.

Результаты. Физическое и половое развитие детей являются одними из интегральных характеристик, отражающих состояние здоровья ребенка. Наступление полового развития (ПР) является закономерным процессом и наступает по достижении ребенком определенного этапа биологической зрелости. В последние годы в литературе широко дискутируется вопрос об изменении темпов развития детей. Отмечается увеличение количества детей с задержкой и опережением темпов роста, дисгармоничным физическим развитием (ФР) и изменениями сроков наступления пубертата. Имеются работы, где авторы приходят к выводу о смене процесса акселерации на децелерацию, а также о неблагоприятных изменениях показателей ФР и ПР у современных школьников.

В связи с изменениями параметров и темпов ФР и ПР современных школьников на 11-м Конгрессе педиатров России поднимался вопрос о пересмотре нормативов показателей ФР и ПР детей, о возможности создания региональных норм. В настоящее время изучены нейрогуморальные и гормональные механизмы инициации и регуляции пубертата. Однако на сегодняшний день отсутствуют четкие критерии инициации пубертата.

Выводы. Соматический статус мальчиков тесно связан со становлением пубертата. Взаимосвязь ПР и ФР мальчиков проявляется в тесной связи площади поверхности тела, размеров верхнего сегмента тела, роста и окружности грудной клетки со стадиями пубертатного развития. Антропометрические показатели, отражающие степень упитанности (масса тела, индекс массы тела, окружности бедра, талии и плеча), в меньшей степени связаны с ПР мальчиков. Сопоставление темпов увеличения антропометрических показателей и течения пубертата показало, что в препубертатном периоде у мальчиков происходит увеличение окружности плеча и талии. Начало пубертата совпадает с продолжением увеличения окружности талии, началом интенсивного роста верхнего сегмента тела и окружности грудной клетки, затем происходит значимое увеличение роста, а еще позже – массы тела.

ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Мирзалиева А.А. - магистр 3го курса по специальности «Кардиология»
Научный руководитель: Карабекова Б.А. – к.м.н., доцент кафедры ВОП терапии и клинической фармакологии
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

Актуальность. Сахарный диабет 2 типа (СД2) приводит к развитию хронических осложнений, среди которых доминируют ретинопатия, нефропатия, невропатия. Увеличение продолжительности жизни пациентов с СД 2 и смертности от сердечно-сосудистой патологии актуализирует проблему оценки кардиоваскулярного риска.

Цель исследования. Провести оценку суммарного сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) на основании анализа данных анамнеза, оценки физикальных и лабораторных показателей пациентов с СД 2 в зависимости от возраста с оценкой.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели в ретроспективный анализ включены данные медицинской документации и анкетирования 65 пациентов с СД 2, разделенных на группы 40-49 лет, 50-59 лет и старше 60 лет. Критерии включения пациентов в исследование: возраст старше 40 лет и длительность заболевания более 10 лет. Для проведения анализа использованы данные анамнеза (длительность СД 2, курение), физикального осмотра (артериальное давление, рост и масса тела с расчетом индекса массы тела(ИМТ)) и лабораторного мониторинга (гликированный гемоглобин (HbA1c), показатели липидограммы, скорость клубочковой фильтрации (СКФ)).

Результаты. В группе пациентов 40-49 лет с длительностью заболевания 3,8 года ИМТ составил– 25.9 кг/м², АД – 125/80 мм.рт.ст., HbA1c - 7,97%; общий холестерин- 5,5 ммоль/л; СКФ– 76,4 мл/мин/1,73м²; риск SCORE 0.45%. В группе пациентов 50-59 лет с меньшим стажем СД 1 (7.6 лет) ИМТ составил 28.3 кг/м², АД – 130/80 мм.рт.ст., HbA1 – 8.6%; общий холестерин - 5,2 ммоль/л; СКФ – 69.4 мл/мин/1,73м²; риск SCORE 2.1%. А старшей возрастной группе (старше 60 лет) длительность заболевания составила 11,7 лет, ИМТ – 27,6 кг/м², АД – 140/80 мм.рт.ст., HbA1c – 8,3 %; общий холестерин- 5.4 ммоль/л; СКФ – 56.4 мл/мин/1,73м²; риск SCORE 6,2%. Полученные результаты свидетельствуют о нарастании риска SCORE с увеличением возраста пациентов и достижения высокого риска в группе старше 60 лет.

Выводы. Динамика увеличения показателя SCORE у пациентов с СД 2, с увеличением возраста группы доказывает связь развития сердечно-сосудистых заболеваний с возрастом, компенсацией СД 2 и снижением СКФ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Мирзалиева А.А. - магистр 3го курса по специальности «Кардиология»
Научный руководитель: Карабекова Б.А. – к.м.н., доцент кафедры ВОП терапии и клинической фармакологии
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

Актуальность. Особенностью СД 2 типа у лиц пожилого и старческого возраста является наличие сопутствующей патологии, в частности заболеваний сердечно-сосудистой системы. Особое значение приобретают заболевания сердечно-сосудистой системы, которые у пациентов с СД протекают более злокачественно, характеризуются более ранним поражением органов-мишеней и последующим развитием сердечно-сосудистых катастроф.

Цель. Изучить особенности клинического статуса и сопутствующей патологии у пациентов старших возрастных групп с СД 2 типа.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 61 больного пожилого и старческого возраста (средний возраст 66±2,3 лет), находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦТ и МР.

Полученные результаты. Обследовано 61 пациент (мужчин - 32; женщин - 29), средний возраст обследуемых составил 66±2,3 лет. Наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями у лиц пожилого и старческого возраста с СД 2 типа являлись сердечно-сосудистые заболевания. У 100% больных СД 2 типа сочетался с ишемической болезнью сердца (ИБС). У всех - 100% больных выявлены признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН), при этом ХСН ФК1 наблюдалась у 4,9% обследуемых пациентов, ХСН ФК2 - 91,8%, ХСН ФК3 - 3,3%. Стабильная стенокардия напряжения наблюдалась у 45,9% больных, из которых ФК 2 наблюдался 92,3%, ФК 3 у 7,7%. Второй, по распространенности, патологией является артериальная гипертензия (АГ), встречающаяся у 91,8% пациентов старших возрастных групп с СД. АГ 2ст. наблюдалась у 57,2%; АГ 3ст. у 41,1%; АГ 1ст. у 3,7%. Масса тела один из наиболее значимых факторов развития СД и сердечно-сосудистых заболеваний. Избыточную массу тела имели 36% больных,

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ожирение 1ст- 24,6%, 2 ст. - 13,1%, 3 ст. - 4,9%, т.е. в совокупности, нарушение массы тела наблюдалось в 78,6% случаев и только 21,4% больных имели нормальный вес. В большинстве случаев отмечен большой стаж СД 2 типа. Отмечена высокая частота осложнений заболевания: ретинопатию имели 40,9% больных; нефропатию - 40,9%; нейропатию - 27,8%; ангиопатию - 8,2%. У больных с нефропатией белок в моче определялся у 50,8% обследуемых, глюкоза у 36%. В тоже время, большинство пациентов имели сохранную функцию почек: повышение уровня креатинина наблюдалось лишь у 1% больных. Среди других заболеваний следует отметить высокую распространенность катаракаты - 36%, деформирующего остеоартроза - 45,9%, желчекаменной болезни - 34,4%, дисциркуляторной энцефалопатии - 24,6%, облитерирующего атеросклероза нижних конечностей - 21,3%, пиелонефрита - 27,9%, доброкачественной гиперплазии предстательной железы - 23%, хронической язвы желудка - 4,9%, анемии - 11,5%.

Выводы. Таким образом, у пациентов пожилого и старческого возраста с СД 2 типа отмечается высокая частота сопутствующей патологии, прежде всего ИБС, АГ, избыточной массы тела. Отмечена высокая частота осложнений СД 2 типа, что негативно влияет на его клиническое течение и прогноз.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СИМПАТИКО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мирюсупова М.Б.- 211 группа студентов педиатрического факультета

Научный руководитель: Примкулова Г.Н., ассистент

кафедра пропедевтики внутренних болезней

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. У долгожителей, которые страдали различной возраст-ной патологией, не были обнаружены или выявлены единичные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, употребление алкоголя) и более позднее, чем для других возрастных групп, присоединение других факторов (артериальная гипертензия, гипертрофия левого желудочка, анемический синдром, гиперфибриногенемия), ухудшающих прогноз жизни. Для пациентов данной возрастной группы были характерны полиморбидность, более позднее начало заболевания с меньшим количеством осложнений и некоторые особенности метаболизма, которые отличали их от пациентов других возрастных групп. Результаты представленного анализа позволяют рассматривать долгожительство как возможную модель изучения физиологического старения.

Цель исследования. Остроена научно-обоснованной программы сохранения функционального активностисимпатико-адреналовой системыи сердечно-сосудистой системы у долгожителей.

Материал и методы исследования. Всего были обследованы 167 долгожителей. Из них 128 были обследованы в амбулаторных условиях, 39 - в условиях стационара.

Основную группу исследования составили лица, чей паспортный возраст был равен или превышал 100 лет Группу сравнения составили лица в возрастном диапазоне от 90 до 99 лет включительно.

Результаты исследования. Установлена распространенность кардиальных факторов риска у столетних жителей Узбекистана большинство из них никогда не курили, 53% долгожителей никогда не употребляли спиртные напитки, 40% употребляли эпизодически, 6,7% - употребляли до 2 раз в месяц

Все долгожители имели достаточную физическую и эмоциональную активность Более чем в половине случаев среди обследованных долгожителей указаний на долгожительство в роду не было 44% долгожителей указывали на долгожительство по материнской линии и 1,4% - на долгожительство по отцовской линии.

Полученные данные подтверждают влияние на долголетие табакокурения и физической активности и не решают вопрос о влиянии на продолжительность жизни долгожительства у одного из родителей и эпизодического употребления спиртных напитков

У обследованных долгожителей установлены тендерные различия электрофизиологического состояния миокарда у мужчин достоверно медленнее проводится возбуждение по А-V соединению, ниже скорость проведения возбуждения по желудочкам и частота сердечных сокращений.

Разработана научно-обоснованная стратификационная программа мероприятий, направленных на сохранение функционального резерва сердечно-сосудистой системы, увеличение продолжительности жизни, улучшение ее качества и работоспособности населения, создан алгоритм стратификации жителей по прогнозу долгожительства и повышению качества жизни долгожителей и социального микроколлектива

Вывод. Таким образом, верификация диагноза АГ может быть сведена к проблеме критериев этого синдрома. Отталкиваясь от принятой гипотезы МС, как о самостоятельной нозологической форме, нужно диагностировать это заболевание во всех тех случаях, когда у пациента имеются признаки любого из синдромаобразующих заболеваний (АГ, ИБС, и/или СД 2 типа), в явной или скрытой форме.

СЕРДЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Мирюсупова М.Б. - 211 группа студентов педиатрического факультета

Научный руководитель: Иргашева Д.Г., ассистент.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. В последние десятилетия наблюдается значительный рост вирусных гепатитов с быстрым прогрессированием и развитием цирроза печени. Непосредственной причиной смерти пациентов с циррозом печени чаще всего являются желудочно-кишечные кровотечения и пневмония, а также сердечно-сосудистая недостаточность. Известно, что вирусный гепатит считается системным заболеванием, при котором сердечно-сосудистая система часто поражается с образованием цирротической кардиомиопатии (ЦКМП).

Степень развития темы исследования. Специфические нарушения миокарда при цирротической кардиомиопатии включают гипертрофию и увеличение полости левого желудочка, связанные с диастолической дисфункцией, систолическую недостаточность во время упражнений и удлинение интервала QT. В литературе имеются единичные сообщения о нарушениях сегментарной диастолической и систолической функций миокарда у пациентов с диффузными заболеваниями печени, а механизмы их развития остаются неизученными. С прогностической точки зрения важно оценить тяжесть поражения паренхимы печени у пациентов с ХВГ и ВКП и ее влияние на вероятность развития и тяжесть легочной гипертензии (Калачева Т.П., 2013). Причина распространенности легочной гипертензии у этой категории пациентов также неизвестна, поскольку не существует единых методов скрининга этой патологии. Имеется информация о комплексном исследовании запущенной портальной и легочной гипертензии (портопультмональной гипертензии) и их влияния на миокард. Однако исследования независимых предикторов развития легочной гипертензии у пациентов с ХВГ и ВКП не проводились.

Эндотелиальная дисфункция является важным патогенетическим механизмом развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, включая некоронарные поражения миокарда. Показана роль нарушений сосудорасширяющей функции эндотелия и в патогенезе нарушений гемодинамики у пациентов с диффузными заболеваниями печени. Однако характер нарушений функции эндотелия у пациентов с ХВГ и ВКП полностью не раскрыт.

Результаты собственного исследования. Структурно-функциональные параметры миокарда у пациентов с ХВГ и ВКП. У пациентов с умеренной активностью ХВГ, в отличие от показателей здоровых лиц и пациентов с минимальной активностью ХВГ, наблюдалось увеличение размеров левого, правого предсердия, правого желудочка, индекса конечного диастолического объема ЛЖ и индекса массы миокарда ЛЖ ($P < 0,001$). У пациентов с минимальной и умеренной активностью ХВГ обнаружено нарушение продольной диастолической функции правого желудочка и снижение его систолической функции. ($P < 0,001$). При минимальной активности ХВГ, в отличие от контрольных показателей, увеличивались индекс ММР ЛЖ, а также время изоволюметрического стресса ЛЖ ($P < 0,001$). То есть усиление активности воспалительного процесса в печени сопровождалось более выраженными нарушениями структурно-функциональных параметров сердца.

Пациенты с ХВГ и ВКП не различались по длительности заболевания, антропометрическим показателям и наличию сопутствующих заболеваний в анамнезе. У пациентов с VCP наблюдалось увеличение размера левого предсердия на 8%, индекса массы ЛЖ на 23%, а частота в нисходящей аорте увеличивалась на 8% по сравнению с группой пациентов с ХВН ($P < 0,05$). Таким образом, при вирусном циррозе печени обнаружены более выраженные структурно-функциональные изменения миокарда, чем при ХВН. Диастолическая, желудочковая функция и ремоделирование ЛЖ у пациентов с ХВГ и ЖКТ У всех пациентов в ходе эхокардиографического исследования были изучены параметры трансмитрального и транстрикуспидального потоков, на основании которых для каждого пациента определялся тип спектра: нормальный и патологический. тип диастолической дисфункции (ДД). Патологический тип включал псевдонормальный и гипертрофический тип ДД.

Выводы. Пациенты с хроническим вирусным гепатитом и циррозом печени имеют значительные кардиогемодинамические нарушения, характеризующиеся структурными нарушениями миокарда и нарушением систолической и диастолической функций левого и правого желудочков; Выявленные изменения наиболее выражены у пациентов с активными ХВГ и ВХП на фоне асцита.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У 6-11 КЛАССОВ

*Выполнил: Муминов К.К, студент 1 курса,
Научный руководитель: Асранова Д.У.
Андижанский техникум общественного
здравоохранения Абу Али ибн Сино*

Актуальность. Важными факторами риска здоровью детей являются факторы обучения и воспитания в образовательных учреждениях нового типа, формирующие у детей состояние хронического стресса и тем способствующие развитию у них невротических состояний, функциональных отклонений и хронических заболеваний.

Поэтому особый интерес гигиенистов привлекают новые инновационные образовательные учреждения и программы обучения, декларирующие свою эффективность в образовательном плане и в улучшении здоровья. Среди подобных учреждений особое место занимают кадетские школы и корпуса, копирующие организацию обучения в суворовских училищах, возрождающие традиции специализированных средних образовательных учреждений в основном для мальчиков.

Цель исследования. Дать гигиеническую оценку условиям обучения и состояния здоровья воспитанников, выявить факторы риска их здоровью и разработать гигиенические рекомендации по его охране и укреплению.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали учеников 6 и 11 классов из школ города Андижана.

Результаты исследования. Мало комплектные кадетские корпуса по сравнению с обычными школами могут считаться образовательными учреждениями здоровьесберегающего типа (особенно для мальчиков из семей социального риска), в которых возможно оптимизировать учебный процесс, режим дня, питание и физическую активность воспитанников.

Оптимизация условий обучения в кадетском корпусе обусловлена рациональным учебным расписанием (включающим 3 урока физического воспитания в неделю), обязательным участием кадетов в спортивных секциях и регламентированным временем выполнения домашних заданий.

Предложенные новые рационы вторых горячих завтраков и обедов (суммарной калорийностью 49-54% от суточной нормы) повысили охват кадетов горячим питанием с 27% до 97%), увеличили в 1,5 раза среднее число принимаемых в учреждении блюд и субъективную оценку кадетами качества школьного питания, а также устранили недостатки в суточном питании кадетов и положительно отразились на их показателях здоровья.

У кадетов, по сравнению со школьниками, выявлены более благоприятные показатели функционирования дыхательной, мышечной и сердечнососудистой системы. В целом среди кадетов выявлялось втрое больше лиц (34,7% против 10,6%) со средним, выше среднего и высоким уровнем физического здоровья, чем среди их сверстников-школьников.

Уровень патологической пораженности кадетов был в 1,5 раза ниже, чем у школьников, и достоверно реже встречались среди них нарушения органов дыхания (в 3 раза), нервной (в 2,5 раза) и сердечно-сосудистой системы (в 6 раз), подтверждавшиеся также меньшей, чем у мальчиков-школьников, выраженностью соответствующих жалоб соматического характера.

Вместе с тем в структуре патологической пораженности у кадетов 1-е место (45,2%) занимали нарушения опорно-двигательного аппарата (в том числе плоскостопие, встречавшееся у кадетов в 2,7 раза чаще, чем у школьников), что требует регламентации нагрузок при строевой подготовке кадетов.

Показатели умственной работоспособности и психического нездоровья существенно не различались у кадетов и школьников, но у кадетов (особенно в 6-8-х классах) были сильнее выражены симптомы «переживания социального стресса», «фрустрации потребности в достижении успеха», «проблем и страха в отношениях с учителями». В 9-11-х классах эти различия между кадетами и школьниками исчезают, зато среди кадетов достоверно реже встречаются лица с «низким уровнем физиологической сопротивляемости стрессу».

Выявлен пониженный уровень выраженности маскулинных качеств у кадетов, что связывается с недостатками семейного воспитания мальчиков в неполных семьях. Отмечена достоверная связь характера и выраженности жалоб на здоровье с выраженностью фемининных и маскулинных качеств у кадетов, что может иметь методологическое значение при исследовании самочувствия детей и подростков с помощью анкетных методов.

Вывод. Разработаны конкретные практические рекомендации по дальнейшему совершенствованию организации воспитания и оздоровления в школу, в которых содержатся предложения по усовершенствованию организации лечебно-профилактической и психологической помощи для часто болеющих детей, посещающих ДОУ, и определяются приоритетные направления оптимизации организации воспитания и оздоровления часто болеющих детей в 6-11 классов.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ И УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

*Выполнил: Муминов К.К, студент 1 курса,
Научный руководитель: Асранова Д.У.
Андижанский техникум общественного
здравоохранения Абу Али ибн Сино*

Актуальность. Среди вредных факторов, с которыми приходится сталкиваться медицинским работникам в ходе профессиональной деятельности, можно выделить биологические (инфекционные и паразитарные заболевания), аллергены (антибиотики, ферменты, лекарственные средства и т.д.), вещества токсикохимической этиологии (фторотан, диэтиловый спирт, хлористый этил и т.д.), шум, ультразвук, рентгеновское, радиоизотопное излучение и т.д., высокий уровень психоэмоционального напряжения.

Особо следует отметить тот факт, если влияние профессиональных вредностей на здоровье медицинских работников в определенной мере изучено, то значение смены условий труда и социально-гигиенической среды обитания в развитии различных заболеваний до настоящего времени не анализировалось.

Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что в связи с неблагоприятной социально-экономической обстановкой, сложившейся в последние годы в Российской Федерации, вынужденная миграция населения из сельской местности из-за отсутствия работы в крупные промышленные центры приводит к тому, что все большему числу медицинских работников среднего звена здравоохранения приходится сталкиваться с необходимостью адаптации к неблагоприятным экологическим факторам крупного города, новой социальной среде обитания, смене профессии. В ряде случаев процесс адаптации к новым условиям жизни и труда может нарушаться, что приводит к развитию заболеваний с нарушением психоэмоционального статуса

Цель исследования. Произвести комплексную оценку влияния смены социально-гигиенической среды обитания и условий труда на здоровье медицинских работников среднего звена здравоохранения при переезде из сельской местности на урбанизированную территорию и разработать методы профилактики стресса среди данной категории населения.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали медицинских сестер, работающих в медицинских учреждениях города Андижана, и изучили условия их работы.

Результаты исследования. Комплексное санитарно-гигиеническое исследование атмосферы, поверхностных вод, почвы г. Андижана показало, что на 26,3% его территории отмечается высокий уровень загрязнения окружающей среды, в 44,2% случаев средний и в 20,5% низкий. Сельские районы Андижанской области в большинстве случаев (83,6%) представлены территориями со средним уровнем техногенной нагрузки (от 600 до 940 т/км).

Класс условий труда медицинских сестер хирургического профиля по содержанию вредных веществ биологической природы, химических веществ, тяжести, напряженности рабочего процесса согласно Р 2.2.200605 относится к классу 3.1. (вредный первой степени), труд медицинских сестер терапевтического профиля к классу 2 (допустимый).

Переезд медицинских работников среднего звена здравоохранения на постоянное место жительства из сельской местности на урбанизированную территорию с высоким уровнем техногенной нагрузки в сочетании со сменой условий труда с терапевтического на хирургический профиль увеличивает риск развития заболеваний сердечно-сосудистой и нервной системы в 1,5-2,0 раза, появление признаков депрессии в 3-4 раза.

По результатам исследования психовегетативных показателей уровней АКТГ и кортизола установлено, что скорость адаптации медицинских сестер из сельской местности к проживанию в городе с высоким уровнем техногенной нагрузки и смене профиля работы с терапевтического на хирургический обратно пропорционально их возрасту на момент смены места жительства и стажу работы в прежней специальности.

Проведение сеансов музыкотерапии у медицинских сестер в период адаптации к смене социально-гигиенической среды обитания и условий труда способствует снижению уровня психоэмоционального напряжения, нормализации сна, исчезновению признаков депрессии, повышению стрессоустойчивости.

Вывод. Установление соотношения между процессом адаптации медицинских работников к новым условиям труда, социально-гигиенической среде обитания и развитием различных заболеваний позволяет специалистам медицины труда разработать комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на снижение стрессогенной нагрузки и коррекцию психовегетативных нарушений.

Выявленные закономерности в динамике формирования психовегетативных нарушений и развитии соматических заболеваний у медицинских работников после переезда из сельской местности в город и смены профессии позволяют разработать комплекс требований к условиям труда медицинских работников, прибывших из сельской местности в промышленный центр с высоким уровнем техногенной нагрузки.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Апробация и разработка показателей к применению сеансов музыкотерапии для коррекции психоэмоционального статуса у медицинских работников, сменивших социально-гигиеническую среду обитания и условия труда, позволяют рекомендовать данный метод для практического использования специалистам медицины труда.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*Выполнил: Муминов К.К, студент 1 курса,
Научный руководитель: Асранова Д.У.
Андижанский техникум общественного
здравоохранения Абу Али ибн Сино*

Актуальность. Дошкольное образовательное учреждение (ДОУ) является одним из первых этапов воспитания и обучения ребенка. Оно призвано обеспечить не только основной фундамент развития, но и создать максимально благоприятные условия для формирования здоровья и гармоничного физического развития ребенка. Этому в большой мере способствует применение в ДОУ технологий, сберегающих и укрепляющих здоровье детей.

Многочисленными исследованиями установлено, что за последние годы в состоянии здоровья детей, посещающих ДОУ, произошли существенные изменения. Прогрессивно возросла распространенность хронических неспецифических заболеваний, полиэтиоло-гичных по своей природе. Большей частью это обусловлено неблагоприятным воздействием природных и социальных факторов. Всего 5-7 % дошкольников здоровы. Более 50 % дошкольников имеют те или иные функциональные отклонения в состоянии здоровья, а 15-20 % - хронические заболевания, что снижает потенциал ребенка к социализации на последующих этапах онтогенеза.

Цель исследования. Оценить с гигиенических позиций условия обучения и воспитания, технологии оздоровления часто болеющих детей в ДОУ и разработать гигиенические рекомендации по охране здоровья данной категории детей.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали 80 детей, которые учатся в дошкольных учреждениях города Андижана и часто болеют.

Результаты исследования. Часто болеющие дети имеют худшие показатели физического развития. Замедленные темпы биологического созревания установлены у 45,1% 4-летних, у 29,3% 5-летних ЧБД и 14,3% 6-7-летних ЭБД. Резко дисгармоничное морфо-функциональное состояние за счет избытка массы тела - у 6,6% 4-5-летних и 4,0% у 6-7-летних часто болеющих детей.

Часто болеющие дошкольники имеют низкие и ниже средних возрастно-половые показатели развития основных двигательных качеств и характеризуются сниженными функциональными возможностями.

Часто болеющие дети более тревожны, у них выше распространенность выраженного стресса, переутомления и истощения нервной системы.

Часто болеющие дети характеризуются более низкими показателями местного иммунитета.

Среди часто болеющих детей общая патологическая пораженность превышает аналогичный показатель у ЭБД в 1,5 раза, выше распространенность психических расстройств, патологии кожи и подкожной клетчатки и эндокринно-обменной системы. Среди часто болеющих дошкольников отсутствуют дети с 1 группой здоровья и 69,2% детей имеют хронические заболевания в стадии компенсации (III группа здоровья).

Отрицательно влияющими на состояния здоровья часто болеющих детей являются такие факторы, как наличие у матери токсикоза во вторую половину беременности, грудное вскармливание менее 6 месяцев и раннее начало прикорма, отсутствие закалывающих процедур и частота заболеваний ребенка на первом году жизни, отсутствие физической культуры вне дошкольного образовательного учреждения и дневного сна в выходные дни, нерегулярное употребление фруктов, овощей и ягод.

Условия обучения и воспитания часто болеющих детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, наиболее часто характеризуются недостаточным озеленением участков; недостаточным оборудованием групповых и физкультурных площадок; несоответствием мебели росту детей, недостаточным количеством санитарного оборудования; нарушениями проветривания; нерациональным расписанием занятий. Продолжительность каждого 7-го занятия превышала нормативные значения; в середине каждого 4-го занятия не проводились физкультминутки; тренировочный эффект на занятиях по физической культуре не достигался.

Динамика показателей функционального состояния ЦНС часто болеющих дошкольников дает основания считать, что в возрасте от 4-5 лет к 6-7 годам происходит совершенствование функций ЦНС, созревание высших отделов мозга коры больших полушарий. Это приводит к повышению умственной работоспособности с возрастом, что обеспечивает большинству часто болеющих детей успешное овладение программами воспитания детей в дошкольных образовательных учреждениях.

Оздоровительные мероприятия (закаливание, специальное физическое воспитание, массаж, фито- и физиотерапия, коррекционные занятия с психологом), применяемые в дошкольных образовательных учреждениях в течение двух лет, оказывают благоприятное воздействие на показатели физического развития, функциональные возможности детей, позволяют существенно улучшить функцию терморегуляции, повысить резистентность детского организма.

Комплексный подход к воспитанию, обучению и оздоровлению часто болеющих детей в дошкольных образовательных учреждениях должен быть направлен на профилактику факторов риска возникновения у них отклонений состояния здоровья, выявление патологии на ранних этапах ее формирования, обеспечение оптимальных условий воспитания, организацию гигиенически рационального учебно-воспитательного процесса и физического воспитания, оздоровительных мероприятий в соответствии с разработанными рекомендациями.

Вывод. Разработаны конкретные практические рекомендации по дальнейшему совершенствованию организации воспитания и оздоровления в ДОУ, в которых содержатся предложения по усовершенствованию организации лечебно-профилактической и психологической помощи для часто болеющих детей, посещающих ДОУ, и определяются приоритетные направления оптимизации организации воспитания и оздоровления часто болеющих детей в ДОУ.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ АНТИАГРЕГАНТОВ

Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детских анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение: На сегодняшний день практически все схемы лечения или профилактики тромбозов и тромбозмболий содержат антиагреганты. Однако, резистентность к препаратам, составляющая по данным ряда исследований от 5 до 40% и сложность подбора оптимальной дозы и дискретности назначения препаратов затрудняет их персонафицированное использование в клинической практике. В этой связи, появление нового «глобального» теста анализа всех фаз процесса гемокоагуляции цельной крови в режиме реального времени с использованием технологии низкочастотной пьезотромбоэластографии (НПТЭГ) открывает перспективы не только оперативной оценки таргетного действия антиагрегантов (в отношении агрегационной функции тромбоцитов), но и их (опосредованного, или общего) влияния на фибриногенез.

Цель: Оценка фармакодинамики антиагрегантов в отношении системы регуляции агрегатного состояния крови (РАСК) у здоровых добровольцев «глобальным» тестом НПТЭГ в цельной крови.

Материалы и методы: Для оценки фармакодинамических эффектов антиагрегантов методом НПТЭГ было сформировано 3 группы условно здоровых добровольцев: – 1-ая группа (n=10) получала блокаторы ЦОГ- 1 (однократно кардиомагнил в дозе 150 мг, внутрь); – 2-ая группа (n=10) получала блокаторы АДФ – рецепторов (P2Y12) тромбоцитов (однократно клопидогрель в дозе 150 мг, внутрь); – 3-я группа (n=10) получала блокатор фосфодиэстеразы (однократно пентоксифиллин в дозе 100 мг, внутрь). Фармакодинамику антиагрегантов оценивали методом НПТЭГ на аппаратно-программном комплексе АРП-01М «Меднорд» на основании определения ряда показателей: начального этапа коагуляции (инициация/амплификация) – интенсивность контактной коагуляции (ИКК), этапа пропации – константа тромбиновой активности (КТА), интенсивность коагуляционного драйва (ИКД), определение «точки желирования» (t3), интенсивности полимеризации сгустка (ИПС), времени образования поперечно сшитого фибрина (t5), максимальной плотности сгустка (МА), коэффициента суммарной противосвёртывающей активности (КСПА), интенсивности ретракции и лизиса сгустка (ИРЛС).

Результаты и обсуждение: ГП после приема кардиомагнила, клопидогреля и пентоксифиллина может быть охарактеризован в алгоритме оценки НПТЭГ как «сдвиг вправо и вниз». Несмотря на отсутствие статистически значимых изменений показателя t3 (точки желирования), интенсивность протеолитического этапа фибринообразования (ИКД) значительно снижается после приема кардиомагнила и клопидогреля на 30% (p<0,01) и 18% (p<0,05) соответственно. Ключевые изменения наблюдаются на начальных этапах гемокоагуляции (инициации/амплификации), оцениваемые показателями t1 и ИКК. Время реакции после приема кардиомагнила, клопидогреля и пентоксифиллина увеличивается с 0,7 [0,3; 0,9] до 2,3 [1,5; 2,9], p<0,001; 2,1 [1,65; 3,2], p<0,001; 1,05 [0,8; 1,5], p<0,05 соответственно. Очевидным свидетельством дезагрегантного эффекта препаратов является динамика показателя ИКК, снижающегося в 4,5 (p<0,001); 2,5 (p<0,01) и 1,8 раз (p<0,05) соответственно.

В результате проведенного исследования на здоровых добровольцах с использованием дезагрегантов с различным механизмом действия (блокаторы ЦОГ – 1; блокаторы АДФ рецепторов P2Y12; блокаторы фосфодиэстеразы), показано, что антиагрегантный эффект принимаемого препарата, оцениваемый методом НПТЭГ, сопровождается увеличением показателя t1 в 2 и более раз, а также снижением показателя ИКК на 100-150%.

Заключение:Продемонстрирована возможность использования метода НПТЭГ для персонифицированного контроля терапии антиагрегантами (по динамике показателей t1 и ИКК) в режиме «Point – of – care test» (подбор индивидуализированной оптимальной дозы препаратов и дискретности их назначения).

ВЛИЯНИЕ АНЕСТЕЗИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТРЕСС-ОТВЕТА ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мунинов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детской анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение (актуальность). В развитии операционного стресса и последующего эндокринного стрессорного ответа большое значение имеет активация симпатического звена вегетативной нервной системы, вследствие чего необходимо уделять особое внимание именно к этому компоненту, как важному свидетельству адекватного анестезиологического обеспечения при операциях на верхнем этаже брюшной полости. При операциях на поджелудочной железе, ввиду ее высокой и значимой эндокринной активности, оценке качества анестезиологической защиты в наибольшей степени соответствует изучение стресс-ответа на основе мониторинга показателей нейро-вегетативного (ИЛ) и эндокринного (кортизол) компонентов.

Цель работы: проанализировать и сравнить показатели эндокринного стрессорного ответа у пациентов при панкреатодуоденальных резекциях, оперированных в условиях сбалансированной многокомпонентной анестезии на основе севофлурана и сочетанной методики (сбалансированной многокомпонентной анестезии на основе севофлурана и эпидуральной анестезии).

Материалы и методы: проанализированы анестезии, проведенные 61 пациенту, оперированному по поводу заболеваний поджелудочной железы. Возраст пациентов – от 20 до 79 лет, 29 (48%) женщин, 32 (52%) мужчины. 29 пациентам (47,15%) проводили сбалансированную многокомпонентную анестезию (СМА) на основе севофлурана, МАС = 1,5-2,0; 32 пациентам (52,85%) применяли сочетанную методику-многокомпонентную анестезию на основе севофлурана, МАС = 1,5-2,0, и эпидуральную анестезию (уровень ThVII-ThVIII, 0,375% раствор ропивакаина, 7,5-45 мг/час). Адекватность анальгетического компонента защиты оценивали по показателям гемодинамики: АДс, АДд, АД ср., ЦВД, ЧСС, неинвазивное измерение СИ, УИ, ОПСС (монитор гемодинамики и гидратации тканей «Диамант-М», ЗАО «Диамант», г. Санкт-Петербург). Адекватность нейро-вегетативной защиты – по показателям провоспалительных (ИЛ-6, ИЛ-8) и противовоспалительных (ИЛ-10) цитокинов, соотношению концентраций про- и противовоспалительных цитокинов, кортизола. Средняя продолжительность оперативных вмешательств, средний объем кровопотери, дозы препаратов на этапе индукции в обеих группах были сопоставимы.

Результаты и обсуждение: показатели гемодинамического мониторинга на всех этапах были стабильными и не имели статистически значимых различий в обеих группах пациентов. Дозы фентанила 0,005% в первой группе (севофлуран) достоверно превышали аналогичные показатели в группе сочетанной методики ($p \leq 0,05$). Показатели ИЛ-10 повышались на этапе резекции поджелудочной железы в группе ИА в 4 раза, в группе ИА+ЭА в 2 раза, к окончанию операции превышали исходные показатели в группе ИА в 7 раз, в группе ИА+ЭА в 6 раз ($p \leq 0,05$). Показатели ИЛ-6 повышались на этапе резекции поджелудочной железы в группе ИА в 6 раз, в группе ИА+ЭА в 4 раза, к окончанию операции превышали исходные показатели в группе ИА в 17 раз, в группе ИА+ЭА в 6 раз ($p \leq 0,05$). Показатели ИЛ-8 повышались к окончанию операции в группе ИА в 3 раза, в группе ТВА в 2 раза ($p \leq 0,05$). В соотношении ИЛ-8/ИЛ-10 к окончанию операции в группе ИА имелось значимое преобладание ИЛ-8, в группе ИА+ЭА – равное соотношение про- и противовоспалительных цитокинов. Кортизол повышался к окончанию операции в группе ИА по сравнению с исходными показателями в 3 раза, в группе ИА+ЭА в 1,3 раза ($p \leq 0,05$).

Выводы (заключение):

1. Оценка адекватности анестезии по показателям ГД, газов крови, КОС при резекциях поджелудочной железы позволяет сделать заключение о достаточности анестезиологической защиты при обеих методиках анестезии. Присутствие эпидурального компонента сочетанной методики обеспечивает большую управляемость анестезии за счет снижения необходимых доз наркотических анальгетиков по сравнению с ингаляционной анестезией. Наблюдение свидетельствует в пользу сочетанной методики.
2. Оценка адекватности защиты по уровню показателей нейро-вегетативной и эндокринной систем свидетельствует о сохранности защитных механизмов эндогенной реакции на стрессорное воздействие на всех этапах оперативного вмешательства при обеих методиках анестезии.
3. Важным является наблюдение, что при методике ИА в воспалительном ответе наблюдалось преобладание провоспалительного звена цитокинов, при сочетанной методике – меньшие продукция и выброс как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов, поддержание устойчивого баланса противо- и провоспалительного компонентов цитокинового

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

каскада, что также свидетельствует в пользу дополнительного регионарного компонента анальгезии;

4. Для комплексной оценки адекватности анестезиологического обеспечения при резекциях поджелудочной железы не достаточно стандартного мониторинга гемодинамики, газов крови и КОС, необходим так же мониторинг показателей нейро-вегетативного (ИЛ) и эндокринного (кортизол) компонентов.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ПЕРВИЧНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ

Мунинов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детской анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Лечение пациентов с сердечно-сосудистой патологией - одна из наиболее актуальных проблем современной медицины [2,3,4,5,6,7,8,9,14,15,16,18,19]. Организация сосудистых центров привела к повышению качества оказания квалифицированно медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) улучшив их выживаемость и качество жизни [12,13]. Но при этом летальность пациентов с ОКС остается высокой на протяжении последних лет [1,10,11,17]. В связи с этим целью нашего исследования явился анализ факторов риска летальности данной категории больных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 510 историй болезни (генеральная выборка) в Андижанского филиала Республиканского центра экстренной медицинской помощи за 2017-2019 гг. Оценивался процент летальности и причины остановки кровообращения, критерии оценки риска смерти по шкале TIMI, наличие инфаркта миокарда и хирургическое восстановление коронарного кровотока в анамнезе.

Результаты. Средняя летальность пациентов ОКС в первичном сосудистом центре в 2017-2019 гг. составила 6,99±1,4%, что представлено в таблице 1.

Таблица 1

Показатели общей летальности и причин остановки кровообращения пациентов ОКС на АФРЦЭМП за 2017-2019 гг.

Показатели	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Летальность общая	5,59 %	7,94 %	7,45 %
Дефибриллируемые нарушения ритма сердечной деятельности как причина остановки кровообращения:	93,48 %	91,3 %	92,42 %
Желудочковая тахикардия без пульса	13,04 %	14,5 %	13,64 %
Фибрилляция желудочков	80,44 %	76,8 %	78,78 %

Основной причиной остановки кровообращения умерших пациентов являлись дефибриллируемые нарушения ритма сердечной деятельности 92,4±1,08%, из них желудочковая тахикардия без пульса составила 13,37±0,33%, а фибрилляция желудочков 79,03±1,41%. Существенно меньшую часть составила группа пациентов у которых причиной остановки кровообращения первично явились недефибриллируемые нарушения ритма (7,6±1,08%).

Анализ факторов риска смерти у пациентов ОКС показал, что наиболее частым сопутствующим заболеванием была артериальная гипертензия в 91,24±4,28 % случаев, что представлено в таблице 2. Более чем у 50 % пациентов наблюдались подъемы сегмента ST передней локализации или блокада ЛНПГ (59,33±2,81%).

Таблица 2

Показатели риска летального исхода пациентов ОКС на базе АФРЦЭМП 2017-2019 гг.

Показатели	Баллы TIMI	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Возраст > 75 лет	3	13,04 %	13,04 %	12,12 %
Возраст 65-74 года	2	17,39 %	27,54 %	27,27 %
САД <100 мм рт.ст.	3	41,3 %	17,39 %	34,85 %
ЧСС >100 уд/мин	2	15,21 %	14,49 %	13,64 %
Класс по Killip II-IV	2	39,13 %	40,58 %	33,33 %
Подъемы сегмента ST передней локализации или блокада ЛНПГ	1	56,52 %	60,87 %	60,61 %
Артериальная	1	91,3 %	86,96 %	95,46 %

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

гипертензия в анамнезе				
СД	1	30,43 %	24,64 %	16,67 %
Стенокардия в анамнезе	1	34,78 %	31,88 %	28,79 %
Время начала лечения >4 часов от первых симптомов заболевания	1	21,74 %	28,98 %	30,3 %
ПИКС		26,09 %	37,68 %	22,73 %
Пациенты после хирургического восстановления коронарного кровотока		2,17 %	1,45 %	4,55 %

Более трети умерших пациентов имели возраст более 65 лет (36,8±6,37%), сердечную недостаточность KillipII-IV (37,68±4,35%), артериальную гипотензию (31,18±13,79%) и стенокардию в анамнезе (31,82±3,03%). Около четверти пациентов начали лечение позднее 4 часов от первых симптомов заболевания (27,01±5,27%). Сопутствующий сахарный диабет наблюдался в 23,91±7,24% случаев, а инфаркт миокарда в анамнезе был у 28,83±6,1% пациентов. Тахикардия более 100 ударов в минуту была отмечена в 14,45±0,81% случаев.

Таким образом, анализ причин первичной остановки кровообращения свидетельствует о преимущественном формировании дефибриллируемых нарушений ритма сердечной деятельности, что требует быстрого (желательно в течение 1 минуты) проведения электроимпульсной терапии с целью улучшения исходов. Артериальная гипертензия в анамнезе являлась наиболее частым фактором риска летального исхода пациентов с ОКС (более 91%). Существенную роль в рисках летального исхода играет передняя локализация ОИМ и осложнения в виде острой левожелудочковой недостаточности, кардиогенного шока и тахикардий.

МОНИТОРИНГ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детских анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение: Развитие лихорадки существенно ухудшает прогноз течения ишемического инсульта, а подъем базальной температуры обуславливает повышение температуры мозга. Церебральная гипертермия ухудшает состояние нейронов «полутени» и способствует увеличению объема вторичных повреждений. Существенно, что не менее чем в 35% случаев острой ишемии мозга развивается локальная церебральная гипертермия, протекающая скрытно, без подъема базальной температуры. При отсутствии адекватного церебрального термомониторинга, локальная гипертермия остается незамеченной и недооцененной в выборе направлений терапии. Инвазивный мониторинг температуры имплантируемыми датчиками применим только в условиях нейрохирургического вмешательства, а регистрация базальной температуры не достаточно информативна, так как температура мозга при фокальной ишемии и нейротравме в первые-вторые сутки дебюта патологии оказывается выше температуры тела.

Цель: Исследовать возможности и значение неинвазивного термомониторинга головного мозга у пациентов с фокальной церебральной ишемией методом глубинной СВЧ-радиотермометрии тканей.

Материалы и методы: Проводили неинвазивное измерение температуры коры больших полушарий в 9 проекционных областях левого и правого полушарий с поверхности волосистой части кожи головы при помощи радиотермометра РТМ-01-РЭС (ЭМГ излучение тканей в диапазоне 3.6 ГГц) у 20 здоровых испытуемых (18-35 лет, 10 муж. и 10 жен. пола) и 121 пациента (33-80 лет, 79 муж. и 52 жен. пола) в первые-вторые сутки после острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне среднемозговой артерии (лево- и правополушарная локализация). Анализировали особенности взаимосвязей между температурными показателями левого и правого полушарий (коэффициент корреляции КК Пирсона). У двух пациентов проводили сравнение значений температуры мозга, зарегистрированной имплантируемым в паренхиму на глубину 8-10 мм температурным датчиком с данными, полученными с помощью неинвазивной СВЧ-радиотермометрии.

Результаты и обсуждение: У здоровых лиц температура коры обоих полушарий колебалась в пределах 35,9-37,2°C (правое – 36,74 ± 0,37°C, левое – 36,64 ± 0,32°C). КК между областями левого и правого полушарий обнаруживали достоверные связи средней силы (от 0,494±0,09 до 0,747±0,07, p<0,01). У больных с ишемическим инсультом СВЧ-радиотермометрия позволила выявить фокальное повышение температуры коры мозга в области «полутени» (данные КТ) до 38-41°C, причем температура мозга оказывалась выше базальной температуры на 1-2,3°C. Среднеполушарная температура составила: правое –

$38,0 \pm 0,45^{\circ}\text{C}$, левое – $37,94 \pm 0,28^{\circ}\text{C}$, превышая показатели, зарегистрированные у здоровых лиц более $1,5^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,01$). У больных КК широко варьировали от $0,848 \pm 0,05$, до $-0,370 \pm 0,09$, демонстрируя выраженную термогетерогенность мозга. 38 пациентов умерли на 3-10 день после дебюта ишемии. У этих пациентов $\delta t^{\circ}\text{C}$ «горячие»/«холодные» участки коры превышал $2,5^{\circ}\text{C}$, а КК утрачивали достоверность. Сравнение температур, зарегистрированных с помощью имплантированного датчика и методом СВЧ-радиотермометрии показали расхождение в пределах $\pm 0,2^{\circ}\text{C}$, демонстрируя достаточно высокую точность неинвазивного церебрального термомониторинга. Обнаруженное нарастание функциональной термогетерогенности мозга демонстрирует процессы нарушений взаимосвязей между элементами системы, что является предиктором плохого прогноза. В свою очередь, метаболическое обеспечение функциональной активности имеет свое отражение в изменениях температуры, что позволяет с помощью церебрального термомониторинга оценить функциональное состояние системы (мозга) в целом. Глутаматный каскад, активация свободно-радикального окисления и развитие воспаления при ишемическом инсульте сопровождаются существенной активацией метаболизма, локальной гипертермией мозга, развитием нейрогенной и плохо купируемой лихорадки. Учитывая значение локальной и общей гипертермии в патогенезе вторичных повреждений нейронов, а также известные нейропротективные эффекты температурного менеджмента, по-видимому, наиболее перспективным методом коррекции такого рода осложнений ишемического инсульта является аппаратная терапевтическая гипотермия.

Заключение: Полученные результаты выявили особенности повышения температуры мозга в области ишемического поражения, позволили продемонстрировать явление нарастания температурной гетерогенности мозга, что может явиться важным прогностическим признаком тяжести течения заболевания и продемонстрировали возможности клинического неинвазивного температурного нейромониторинга при помощи СВЧ-радиотермометрии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детской анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Для профилактики тромбозов вен нижних конечностей при тотальном эндопротезировании крупных суставов все чаще применяются оральные антикоагулянты. Однако использование продленной эпидуральной анальгезии и послеоперационные диспепсические расстройства накладывают на их применение определенные ограничения.

Цель работы.

1. Оценить эффективность и безопасность комбинированного применения парентеральных и оральных антикоагулянтов при эндопротезировании крупных суставов нижних конечностей.
2. Выявить число и особенности локализации тромбозов при комбинированном применении парентеральных и оральных антикоагулянтов.
3. Разработать схему антикоагулянтной терапии, обеспечивающую профилактику развития эпидуральных и спинальных гематом при наличии эпидурального катетера и после его удаления.

Материалы и методы. В исследование включено 134 человек. Всем пациентам проведен УЗИ-скрининг сосудов нижних конечностей до оперативного вмешательства. Признаков тромбоза глубоких вен выявлено не было. В качестве анестезиологического пособия использовались спинальная, либо комбинированная спинальноэпидуральная анестезия. В первые сутки, через 6-8 часов после операции, пациентам назначался далтепарин натрия (фрагмин) в дозировке 2500 ед. подкожно при состоявшемся гемостазе. Эпидуральный катетер удалялся на вторые сутки после операции. Последующее назначение антикоагулянта было не ранее, чем через 12 часов после его удаления. Всем больным назначался оральный препарат дабигатран (прадакса) в дозировке 150 или 220 мг, в зависимости от возраста и наличия печеночно-почечной недостаточности в течение 30 дней после операции. В среднем интервал между назначением парентерального и орального антикоагулянтов составлял 20-24 часа. Контроль ультразвукового дуплексного сканирования вен нижних конечностей проводился до операции, на вторые сутки послеоперационного периода и при наличии клинических признаков венозного тромбоза. Эластическая компрессия нижних конечностей применялась у всех пациентов.

Результаты. В послеоперационном периоде выявлено 71 тромбозов (10,3%). Подавляющее большинство их локализовалось в мелких мышечных венах берцового сегмента – 66 случаев (94,9%). У 5 пациентов был поражен подколенно-берцовый сегмент (4,4%), у 2 – бедренно-подколенный (0,7%). Клинических тромбозомболических проявлений, а также эпидуральных и спинальных гематом выявлено не было.

Выводы.

1. Комбинированное применение парентеральных и оральных антикоагулянтов не менее эффективно, чем монотерапия.

2. Количество выявленных тромбозов при эндопротезировании крупных суставов не противоречит общероссийской и мировой статистике.
3. Применение данной методики безопасно в отношении послеоперационных кровотечений, т.к. дальтепарин натрия, в отличие от оральных антикоагулянтов, имеет антидот – протамина сульфат.
4. Предлагаемая схема обеспечивает профилактику развития эпидуральной и спинальной гематом благодаря временному промежутку между удалением катетера и назначением орального антикоагулянта.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ С СОХРАНЕНИЕМ СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Муртазаев С.Б. - магистр

Научный руководитель: к.м.н., доцент Юсупов А.С.

*Кафедра детской анестезиологии и реаниматологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. При малотравматичных операциях, не требующих обязательного проведения ИВЛ, выбор предпочитается в пользу анестезии со спонтанным дыханием. В последнее время взгляды на традиционные методы внутривенной анестезии в комбинации с ингаляционными анестетиками, существенно изменились в связи с появлением новых препаратов, фармакологический профиль которых обуславливает их быстрое и предсказуемое по времени действие, что позволяет избежать многих осложнений. Анестезия на основе кетамина и севофлурана при открытых репозициях костей конечностей позволяет сохранить спонтанное дыхание, а также проводить раннюю активизацию больных в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Совершенствовать метод обезболивания на основе кетамина и севофлурана с сохранением спонтанного дыхания при открытой репозиции чрезмыщелкового перелома плечевой кости у детей.

Материал и методы исследования. Анестезиологическая защита обеспечивалась у 30 больных детей в возрасте от 3 до 14 лет при открытой репозиции чрезмыщелкового перелома плечевой кости. После стандартной премедикации больным в период индукции внутривенно болюсно вводился раствор кетамина в дозе 4 мг/кг и ингаляция севофлурана в дозе 3,0 об.%. Анестезия поддерживалась ингаляцией севофлураном до 1,5 об.%. Оценка эффективности анестезии проводилась на основании изучения состояния центральной гемодинамики на эхокардиографе "Aloka SSD-260" (Япония).

Результаты. Результаты исследования показали, что комбинированная анестезия с использованием кетамина и севофлурана характеризуется гладким клиническим течением и минимальным влиянием на показатели центральной гемодинамики: отмечалась тенденция к увеличению показателей УИ, ЧСС и УПС.

Выводы. 1. Кетамин с севофлураном вызывает урежение частоты дыхания на 13-22% и увеличение концентрации углекислого газа во выдыхаемом воздухе до 6,0-6,2%, особенно на этапах индукции и начала операции.

3. Анестезия на основе кетамина и севофлурана при открытой репозиции чрезмыщелкового перелома, позволяет уменьшить количество осложнений в раннем посленаркозном периоде, связанных с длительной медикаментозной депрессией, и ускорить раннюю активизацию больных детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Мухаммаджонов М.М. - студент 611 лечебного факультета,

*Научный руководитель: Урманбоева Д.А., Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра онкологии и медицинской радиологии*

Актуальность. В мире ежегодно выявляется более 34 000 новых случаев рака молочных желез, при этом отмечается значительное снижение возраста заболевших. У 25% женщин до 30 лет и у 60% после 40 лет диагностируются дисгормональные заболевания молочных желез (мастопатии). Несмотря на то, что мастопатии не являются облигатным предраком, рак молочной железы встречается в 3–5 раз чаще на фоне диффузных дисгормональных доброкачественных заболеваний молочных желез и в 30–40 раз чаще при узловых формах мастопатии с явлениями пролиферации эпителия молочных желез. Актуальность проблемы заболеваний молочных желез обусловлена прежде всего неуклонным ростом этой патологии во всем мире. Так, в популяции нераковые заболевания молочных желез встречаются у 30–70% женщин, а при одновременно имеющих место гинекологических заболеваниях их частота возрастает до 76–97,8%.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Цель исследования: изучить возможность выполнения пластических операций при раке молочной железы (РМЖ) после радикальной резекции.

Материалы и методы: радикальная резекция молочной железы -классическая органосохраняющая операция, при которой удаляют от % до 1/3 ткани молочной железы с опухолевым узлом и регионарным лимфатическими узлами. Для реконструкции объема молочной железы используют аутотрансплантаты (большая грудная мышца и широчайшая мышца спины) и собственные ткани молочной железы.

Результаты: в АООД в период с 2008 по 2011 г 502 больным РМЖ выполнены радикальные резекции с первичной реконструкцией. Средний возраст больных 49,6 лет. Начальные стадии РМЖ составили 77,7%, местно-распространенные 22,3%. В 90% проведено комбинированное лечение, только в 10% хирургическое лечение.

В 49,6% выполнили только радикальную резекцию, в 21,3% восстановление молочной железы - большой грудной мышцей, в 22,2% -фрагментом широчайшей мышцей спины, в 6,9% - онкопластические операции, которые подразумевают перемещение собственных тканей молочной железы для устранения косметического дефекта. Онкопластические операции выполняют в зависимости от локализации опухолевого узла и достаточного размера молочной железы по разным методикам.

Время до проведения лучевой терапии и лекарственного лечения пластические операции не удлиняют. Косметические результаты после органосохраняющих операций с пластикой в 50,1% отличные, в 41,3%, удовлетворительные в 8,6%. Сохранение молочной железы является методом реабилитации пациенток, улучшает социальную адаптацию, уменьшает процент инвалидности. Ранние послеоперационные осложнения диагностированы у 4,1%, поздние у 6,3% пациенток.

Выводы: радикальная резекция молочной железы при раке с одномоментной реконструкцией является радикальной операцией и улучшает качество жизни больных. С помощью разных методов реконструкции в 91,4% случаев достигают отличных и хороших косметических результатов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мухаммаджонова М.М. - студент 611 лечебного факультета,

Научный руководитель: Урманбоева Д.А., Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Опухоль молочной железы – наиболее распространенная онкологическая болезнь у женщин. Риск развития рака груди весьма высок: согласно статистическим данным, болеет раком молочной железы каждая восьмая женщина. Медицине известны случаи возникновения рака груди у мужчин, однако встречается это заболевание у мужчин в сто раз реже, чем у женщин. **Рак груди или рак молочной железы** – это эпителиальная опухоль груди, исходящая из долек или протоков железы.

Цель исследования: Исследовать влияние лекарственной терапии на углеводный обмен и печеночную дисфункцию у больных раком молочной железы.

Материалы и методы: Больные получили от 4 до 6 курсов адъювантной лекарственной терапии рака молочной железы по схеме FAC, включающей в себя циклофосфан 500 мг/м² + доксорубин 40-50 мг/м² + 5-фторурацил 500 мг/м² в течение 1 суток. Биохимический анализ проводился на 5 сутки после каждого введения препаратов.

Результаты: Исходно до начала химиотерапии у больных сахарным диабетом значительно чаще регистрировались цитолитический и холестатический синдромы печеночной дисфункции, что обусловлено в первую очередь хронической патологией углеводного обмена. Кроме У большинства больных сахарным диабетом определено повышение индекса глюкоза/лактат и лактат/пируват, что отражает дисбаланс аэробных/анаэробных процессов энергообразования, в том числе и в гепатоцитах. Уровень первичных и вторичных продуктов липопероксидации в 2,5-3 раза был выше верхней границы должных величин. В процессе полихимиотерапии у всех больных нарастала гиперактивность процессов ПОЛ, в значительно большей степени при сопутствующем сахарном диабете. Рост малонового диальдегида выше 0,700 являлся предиктором развития цитолитического синдрома печеночной недостаточности. Рост активности ПОЛ сопровождался увеличением гиперлактатемии в среднем до 2,5 ммоль/л. У пациентов без сопутствующей патологии углеводного обмена нарушалась толерантность к углеводной нагрузке. Нарастание степени метаболических нарушений и печеночной дисфункции привело перед четвертым курсом лечения к значительной задержке проведения химиотерапии у трети пациентов с сахарным диабетом. Нарушение режима противоопухолевой адъювантной химиотерапии ввиду тяжести соматического статуса и печеночной дисфункции может отрицательно сказаться на конечных результатах лечения.

Выводы: Ввиду выявленных нарушений у больных раком молочной железы с сопутствующим сахарным диабетом при проведении специфической химиотерапии возникает необходимость обоснования более широкого использования препаратов, влияющих на метаболизм.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Мухтаров З.М., студент 611-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Султанова Ф.Х.

Кафедра педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. При исследовании вегетативной нервной системы важно определить ее функциональное состояние. Принципы исследования должны ясно основаны на клинко-экспериментальном подходе, сущность которого составляют функционально-динамические исследования тонуса, вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения деятельности. Вегетативный тонус и реактивность дают представление о гомеостатических возможностях организма, вегетативное обеспечение деятельности - об адаптивных механизмах. При наличии вегетативных расстройств в каждом конкретном случае необходимо уточнить этиологию и характер поражения.

Цель исследования. Изучить методы исследования вегетативной нервной системы.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинко-лабораторном обследовании 90 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2017 по 2019 год.

Результаты исследования. Большое значение имеет исследование вегетативной реактивности, которая характеризуется вегетативными реакциями, возникающими в ответ на внешние и внутренние раздражения. При этом существенна сила реакции (размах колебаний вегетативных показателей) и ее длительность (возврат показателей к исходному уровню). К методам исследования вегетативной реактивности относят: фармакологические-введение раствора адреналина, инсулина, мезатона, атропина и др. ; физические – холодовая и тепловая пробы; воздействие на рефлекторные зоны(давление): глазосердечный (Даньини-Ашнера), Синокаротидный(Геринга), соллярный (Тома Ру) рефлексы.

Исследования вегетативного обеспечения различных форм деятельности также несут важную информацию о состоянии ВНС, так как вегетативные компоненты являются обязательным сопровождением любой деятельности. Показатели вегетативного обеспечения позволяют судить об адекватном вегетативном обеспечении поведения. В норме оно строго соотносено с формой, интенсивностью. И длительностью действия. Обычно исследование вегетативного обеспечения проводят в условиях эксперимента, моделируя физическую, умственную(счет в уме, составление слов и т.д.), эмоциональную(создание отрицательных эмоций) деятельность, а так же пробу положения (ортостатическая проба).

Анализировались окраска кожных покровов, фиксировали наличие вазомоторных нарушений по типу общей или локальной бледности, цианоз. Регистрировали наличие трофических изменений кожи и ее придатков по типу сухости, гипергидроза, исследовали местный дермографизм. Изучались признаки лабильности со стороны ССС. Во время обследования обращали внимание на наличие признаков нарушений со стороны ЖКТ, аллергические реакции. Учитывался темперамент больных детей, психическая и физическая активность, состояние сна.

Если исследовались все симптомы, указанные в приложении 2, то достаточно оценить, какая сумма баллов (симпатических или парасимпатических) преобладает (с вероятностью 100%).

Вывод: Для выявления наличия синдрома вегетативной дисфункции у наблюдаемых детей нами заполняется таблица (приложении 3). Данная таблица позволяет выявить наличие СВД не только у больных, но и у лиц, не предъявляющих активных жалоб. Последнее может служить фактором риска, что следует учитывать при профилактических осмотрах.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С СЕПСИСОМ И БРОНХОПНЕВМОНИЯМИ

Мухтаров З.М., студент 611-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Султанова Ф.Х., Кафедра педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Изучены клинические варианты поражения гепатобилиарной системы у новорожденных в зависимости от этиологии заболевания.

Под наблюдением находился 41 новорожденный с внутриутробными инфекциями и бактериальным сепсисом. На фоне названных заболеваний у пациентов выявляли клинко-диагностические критерии поражения печени.

Проводили продольное (проспективное) исследование пациентов с гепатобилиарными проблемами, применяя динамическое наблюдение в течение всего периода заболевания. Дана этиологическая характеристика внутриутробных инфекций и сепсиса.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

На основании клинико-лабораторной и инструментальной симптоматики установлено, что в случаях повреждения печени в результате внутриутробных инфекций гепатобилиарные повреждения чаще имеют обратимый характер из-за преобладания дистрофических процессов без выраженного некроза гепатоцитов.

Целью исследования явилось изучение состояния гепатобилиарной системы у новорожденных детей с сепсисом и бронхопневмониями.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 70 новорожденных с различными сроками гестации.

Результаты и обсуждение. Обследованные нами новорожденные были разделены на 2 группы: I группу составили новорожденные с различным гестационным возрастом, страдающие септическим процессом и II группу составили новорожденные с бронхопневмониями.

Проведенные нами наблюдения показали, что у новорожденных I группы, одним из наиболее частых симптомов интоксикации является выраженная вялость ребенка, которая наблюдалась у 89% больных. Нередко этот симптом сопровождался у новорожденных с бронхопневмониями, однако вялость при септической интоксикации проявляется другими симптомами, совокупность которых и дает возможность заподозрить сепсис и поставить правильный диагноз. Определенное значение мы придавали массе тела у новорожденных с сепсисом и бронхопневмониями. У 82% наших новорожденных отмечались выраженные ежедневные колебания массы тела.

Важным признаком для своевременной диагностики сепсиса может явиться желтуха. Наличие желтушного окрашивания кожных покровов мы наблюдали у 92% новорожденных I группы. Она появлялась чаще на 1 или 2 сутки жизни и только у 26% новорожденных сразу после рождения. У новорожденных II группы наличие желтухи наблюдалась у 40% больных. Повышение температуры тела до 37,8°C было выявлено у 38% новорожденных I группы и у 28% новорожденных II группы, и до 38°C и выше у 42% новорожденных с сепсисом и у 36% новорожденных с бронхопневмониями. Наличие срыгивания и рвоты мы наблюдали чаще у новорожденных I группы, нежели у новорожденных II группы. Срыгивания и рвота (69%) у новорожденных с сепсисом не всегда были связаны с периодами кормления.

У всех остальных новорожденных отмечались гиперхолестеринемии; показатели аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) у этих новорожденных были в пределах нормы.

У 52 % новорожденных с сепсисом и у 19% с бронхопневмониями увеличение печени до 2,0 - 2,5 см было более плотной консистенции.

Со стороны билирубиновой фракции отмечалось увеличение как прямого, так и непрямого билирубина, изменения белкового спектра крови, повышение уровня АЛТ у 63% новорожденных с сепсисом и 21% с бронхопневмониями и АСТ у 31% I группы и 17% II группы новорожденных.

У 46,3% новорожденных I группы, 14,5% II группы характер стула имел ярко-оранжевую окраску с обильным количеством слизи, при этом его консистенция имела оформленную структуру и частота достигала до 3-5 раз в сутки. У 21,7% новорожденных с сепсисом и 17,8% новорожденных с бронхопневмониями стул был более частым до 6-8 раз в сутки, с примесью зелени и слизи. Стул у 11,8% новорожденных с септическим процессом достигал до 10-15 раз в сутки, носил кашицеобразный характер, зеленого цвета с большим количеством слизи.

Выводы. Нами установлено, что исследование состояния печени и желчевыводящей системы у новорожденных с сепсисом и бронхопневмониями выявляет сопряженное поражение в виде функциональных расстройств и несколько реже, в виде воспалительных изменений.

Нарушение двигательной активности желчного пузыря у преобладающего большинства новорожденных сочетается с изменениями его тонуса и тонуса сфинктерного аппарата. У 58,3 % новорожденных с сепсисом и 40,9% с бронхопневмониями гипотония желчного пузыря сопровождалась гипотонией или гипертонией пузырного протока.

Изменения со стороны печени рассматриваются как проявления реактивного гепатита и только в 7% случаев у новорожденных с сепсисом наблюдаются органические нарушения печени.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Набиев Р.Р., магистр 3 курса

Научные руководители: Хакимов Н.С., Мадрагимова Б.А.

Факультет кафедры повышения квалификации и переподготовки врачей медицинской радиологии и клинико лабораторный диагностики

Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Эхинококкоз – паразитарное заболевание, ранняя клиническая диагностика которого представляет трудную задачу в силу отсутствия или скудности клинических проявлений в начальной стадии заболевания. В связи с чем на современном этапе развития хирургии эхинококкоза печени решающее значение в своевременной диагностике принадлежит визуализационным методам, таким как ультразвуковые

исследования, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Эффективная программа комплексного обследования больных с эхинококкозом позволяет оптимизировать тактику хирургического лечения.

Цель исследования. Проанализировать результаты применения визуализационных методов исследования у больных первичным эхинококкозом печени.

Материалы и методы исследования. В основу настоящего исследования положен анализ результатов диагностики и лечения 88 пациентов с первичным эхинококкозом печени, находившихся на лечении в медицинских организациях (МО) г. Андижана: мужчин – 56 (63,6 %), женщин – 32 (36,4 %), (соотношение 1,75 : 1)

Результаты исследования. В процессе ультразвукового исследования эхографическое изображение было многообразным, имели место эхинококковые кисты, имеющие вид однокамерных единичных у 12 (13,6 %) или множественных у 2 (2,3 %) пациентов жидкостных гипозоногенных образований с гомогенным жидкостным содержимым в просвете, лишенных внутренних структур (ацефалоцистные формы), также выявлены образования округлой формы с четкими контурами, содержащие в просвете множество мелких дочерних кист – у 53 (60,2 %) обследованных; у 21 (23,9 %) больного стенки кисты были утолщены с участками кальцинатов, дающих акустическую тень, а просвет был представлен неоднородным содержимым. Особенности ультразвуковой картины позволили до операции установить стадию развития паразитарной кисты, что, безусловно, повлияло на тактику лечения.

Для стадии живого паразита – 67 (76,1 %) было характерно наличие однокамерных кист с гомогенным жидкостным содержимым или содержащих в просвете жидкость и дочерние кисты. Как материнская, так и дочерние кисты имели округлую форму, четкие контуры, а жидкость была гомогенной. Следует отметить, что ультразвуковая картина ацефалоцистных форм эхинококкоза у 7 (15,5 %) обследованных практически идентична картине непаразитарных кист, что несколько снижает специфичность методики в отношении дифференцировки происхождения кисты печени.

Для стадии мертвого паразита у 21 (23,9 %) пациента была характерна потеря кистой четкой округлой формы, появление выпячиваний контуров, утолщение и кальцинация стенок, многокамерный характер кисты, уплощение контуров дочерних кист, признаки отслоения хитиновой оболочки. Характерным признаком нагноения кисты у 14 (15,9 %) пациентов было усиление эхогенности и неоднородность содержимого на фоне утолщения и нечеткости контуров кальцинированных стенок.

При прорыве кисты в билиарный тракт у 2 (2,3 %) пациентов имели место признаки желчной гипертензии. Установить точное сегментарное расположение эхинококковых кист в паренхиме печени удалось только у 69 (78,4 %) пациентов; сегментарное расположение эхинококковых кист было уточнено с помощью других методов диагностики и интраоперационно у 19 (21,6 %) больных.

Одним из наиболее сложных и важных вопросов в диагностике эхинококкоза печени является установление взаиморасположения эхинококковой кисты и магистральных сосудисто-секреторных элементов печени.

Визуализационные методы исследования (УЗИ, в том числе ИОУЗИ, КТ) имеют решающее значение в диагностике первичного эхинококкоза печени, дают четкое представление о топическом расположении кист и их взаимоотношении с сосудистыми структурами печени, что в конечном итоге предопределяет выбор оптимального метода хирургического лечения в соответствующих клинических группах.

Сопоставлением данных УЗИ (ИОУЗИ) и КТ ацефалоцистных кист с интраоперационными находками и результатами морфологического исследования установлена высокая информативность в дооперационной дифференцировке биологической разновидности финны *Echinococcus cysticus sterilis*, не содержащей зародышевых элементов, тем самым исключающих рецидив заболевания вне зависимости от варианта хирургического лечения.

Вывод. Эффективная программа комплексного обследования больных с подозрением на первичный эхинококкоз печени позволяет не только решить задачи диагностики, но и оказывает объективную помощь в выборе оптимального хирургического доступа и объема хирургического вмешательства и включает в себя последовательное применение диагностических методик: физикальные методы – лабораторная диагностика – ИФА – УЗИ печени и внутривисцеральных желчных протоков – КТ с 3D-реконструкцией – ИОУЗ исследование – морфологическое исследование удаленного препарата. При наличии осложнений алгоритм расширяется включением ФГДС с ретроградной холецистопанкреатоуденографией, МРТ, микробиологического исследования.

В качестве диагностических критериев живой ацефалоцистной (стерильной) формы эхинококковой кисты печени выступают жидкостные денситометрические показатели, однородные по всей площади плотностью от 9 до 15 ЕН., наличие капсулы кисты 2–3 мм, отсутствие признаков внутрикистозных включений – дочерних кист и осадка на дне, смещающегося при смене положения больного, выявляющиеся при сочетанном применении ультразвуковой и КТ диагностики.

ЛЕЧЕНИЕ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

*Наврузова Л.Х., Болтаева М.М.
Бухарский государственный медицинский институт*

Вопросы лечения и профилактики некариозных поражений твердых тканей зубов занимают одно из ведущих мест в стоматологии, эта патология представляет собой наиболее распространенную после кариеса группу заболеваний, которые приводят к прогрессирующей убыли эмали и дентина зуба, нарушению функции жевания и снижению эстетических параметров зубов. К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относят эрозию эмали, клиновидный дефект, патологическое стирание.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилась разработка комплексного подхода в лечении эрозии твердых тканей зубов различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования. Нами проведено комплексное лечение эрозии твердых тканей зубов II и III степени тяжести у 20 пациентов. Комплексное лечение включало проведение общей и местной терапии с проведением отдаленных профилактических мероприятий. Пациентам с сопутствующей соматической патологией рекомендовалось проведение комплексного обследования и лечения фонового заболевания внутренних органов, способствующего прогрессированию имеющейся эрозии твердых тканей зуба, у смежных специалистов.

Описание клинических наблюдений. Основным методом эстетического восстановления твердых тканей зубов у пациентов с эрозией являлось пломбирование дефекта. В связи с этим пациентам перед пломбированием эрозии твердых тканей зуба нами проводилась реминерализующая терапия. Реминерализующая терапия включала применение препаратов для реминерализации эмали в течение 3 сеансов через день. Условием достижения хорошего эстетического результата и долговечности проведенной реставрации являлось обеспечение максимальной макромеханической ретенции пломбировочного материала, так как при восстановлении эрозивного дефекта одна лишь адгезия материала не обеспечивает надежной фиксации пломбы, особенно в области придесневой стенки. Поэтому нами проводилось профилактическое расширение границ зоны эрозии с целью предотвращения повторного эрозивного изменения твердых тканей зуба. Несмотря на отсутствие видимой деминерализации твердых тканей зуба и гладкую поверхность стенок полости, нами рекомендуется иссечение дентина со стенок и дна полости для обеспечения надежной адгезии и хорошего краевого прилегания реставрационного материала.

Заключение. Результаты нашей работы показали, что комплексный подход в лечении эрозии твердых тканей зуба II и III степени является обоснованным и обеспечивает оптимальную эффективность лечения этой патологии. Отсутствие одного из компонентов предложенной схемы лечения или выполнение его в недостаточном объеме способствует нарушению краевого прилегания реставрации и расширению очага эрозии.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

*Назирхужаев Д.К., Абдурахмадов А.А.
Научный руководитель: д.м.н. Нишанов М.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Вентральная грыжа является одной из самых часто встречаемых патологий в общехирургической практике и одной из причин, ухудшающей результаты герниопластики, является ожирение. Также, больные с морбидным ожирением имеют высокое интраабдоминальное давление по сравнению с пациентами без ожирения. Актуальность проблемы хирургической коррекции вентральных грыж у пациентов с избыточной массой тела обусловлена не только большим количеством осложнений раннего и позднего послеоперационного периода, рецидивов, но и неопределенностью в тактико-методологических подходах.

Цель работы. Улучшение результатов лечения и качества жизни больных с вентральными грыжами, страдающих избыточной массой тела.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов герниопластики у 98 больных послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами, страдающих ожирением. Все операции были выполнены в хирургическом отделении клиники АндГосМИ с 2016 по 2020 год. Больные были разделены на две группы: контрольная группа (53) и основная группа (45). 1 группу составили 53 человек, составили пациенты которым выполнялась только традиционная герниопластика и применены стандартные лечебно-диагностические методы. Во вторую группу вошли 45 пациентов, у которых герниопластика дополнялась с выполнением разработанных и усовершенствованных методик лечения и

коррекции рецидивных ВГ, с применением аутодермальных (АДП) и аллопластических трансплантатов (АЛП).

Все больные поступали в плановом порядке после стандартного предоперационного обследования в амбулаторных условиях: общеклинические анализы крови и мочи; биохимический анализ крови; коагулограмма; исследование крови на наличие вирусов гепатита, сифилиса; электрокардиография; рентгенологическое исследование легких; осмотр терапевта. При необходимости больные подвергались более полному исследованию: УЗИ, спирография, осмотр смежных специалистов и т.д. Для оценки функционального состояния мышечного аппарата передней брюшной применяли электромиографию (ЭМГ).

Операция грыжесечения при рецидивных ВГ особенно у лиц пожилого и старческого возраста является серьезным вмешательством, сопровождающимся выраженной травматизацией, манипуляциями на патологически измененных тканях брюшной стенки и органах брюшной полости.

В связи с этим пациенты, с рецидивными ВГ, требуют особенной предоперационной подготовки. В клинике используется комплексная предоперационная подготовка больных с большими и гигантскими грыжами с контролем изучения сердечно-лёгочной деятельности.

У больных группы сравнения нами использованы следующие варианты пластики: «традиционные» - послойное восстановление анатомической целостности брюшной стенки; послойное ушивание и создание дубликатуры мышечно-апоневротического слоя по типу Сапежко и Мейо.

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты применения различных методов герниопластики у больных с рецидивными ВГ оценивались по следующим критериям: эффективность лечения; процент осложнений в послеоперационном периоде; послеоперационная летальность; среднее число койко-дней в послеоперационном периоде.

Послеоперационные осложнения со стороны раны у исследуемых больных диагностированы в 30 случаях. При этом гематома диагностирована у 6 (13,3%) больных группы сравнения и у 3 (5,6%) основной группы, инфильтрат раны - у 7 (15,5%) группы сравнения и у 2 (3,7%) основной группы, лигатурный свищ был отмечен только у 5 (11,1%) больных группы сравнения, нагноение раны - у 6 (13,3%) больных группы сравнения и у 1 (3,5%) основной группы.

В целом, после грыжесечения с пластикой грыжевых ворот «традиционным» методом, осложнения со стороны раны диагностированы у 24 (53,3%) больных, а после АДП у- 3 (12%) больных, после АЛП также у 3 (10,7%). Следует отметить, что в начальном периоде нашей работы подкожно-жировую клетчатку мы дренировали лишь у больных с ожирением.

В отдалённые сроки после пластики «традиционным» методом хорошие результаты диагностированы у 28 (62,2%) пациентов, после АДП - у 23 (92%), после АЛП у 27 (96,4%) пациентов.

Наряду с этим, у 10 (22,2%) пациентов нами отмечен удовлетворительный результат - после пластики «традиционным» методом и у 1 (4%) – АДП и у 1 (3,5%) с АЛП.

Выводы. 1. Таким образом, особенностью клинического течения у больных с вентральными грыжами и ожирением является наличие сопутствующей патологии, что требует особой предоперационной подготовки.

2. При грыжах средних и больших размеров, в качестве альтернативы, применима аллопластика биологически инертными эксплантатами из полипропилена. При всех формах послеоперационных срединных вентральных грыжах целесообразно осуществление аутодермопластики, с размещением и фиксацией методом «onlay» или «sublay» аналогичным шовным материалом, а также ненапряжные способы пластики вместе с сетчатым аллотрансплантатом или аутодермальной пластикой.

3. Выбор пластики при вентральных грыжах зависит от размеров грыжевых ворот по классификации «SWR» (Chevrel J.P., Rath A.M., 2000). При W1 возможна как пластика местными тканями, так и эксплантатами по методике «onlay» и «sublay».

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Насретдинова М магистр 2 курса, научный руководитель доцент Юлдашева О.С.

2 кафедра акушерства и гинекологии

Андижанского государственного медицинского института

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 5%, по данным разных авторов, а материнская летальность от 1,1% до 75% и перинатальная смертность достигает от 4% до 60% риск его развития.

За период с 2019 по 2020 нами изучено течение беременности и исход родов у 25 беременных с тяжелой преэклампсии.

Средний возраст обследованных беременных находился в пределах от 20 до 38 лет, и составив 25,2±4,6 лет. Изучение паритета у данных больных выявило, что преэклампсия тяжелой степени и эклампсия более

выраженные 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%, пиелонефрит- 47,4%, нарушения гепатобилиарной системы-21,4%.

Анализ течения настоящей беременности выявил высокую частоту осложнений: 18% случаев имел место ранний токсикоз среднетяжелой степени, угроза выкидыша-37,4%, угроза преждевременных родов 21% многоводие-1,7%, многоплодие-2,4 % Беременные с тяжелой преэклампсией были госпитализированы в сроке от 31-35 недель 15 беременных 60% и в сроке 37 недель 10 беременных (40%) пациенток.

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.

Умеренные отеки и протеинурия имели место у всех беременных, а у 6 носило характер анасарки с наличием транссудата в брюшной полости. У 12 больных был снижен суточный диурез, моча была цвета "мясных помоев".

Лабораторными критериями, на основании которых в сочетании с клиническими данными была диагностирована тяжелая преэклампсия являлись увеличение содержания креатинина мочевины билирубина и его непрямой фракции количества трансфераз - 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 5 пациенток в связи с тем, что они поступили в I периода родов.

Из 5-ти беременных, которые были родоразрешены через естественные родовые пути, преждевременные роды произошли у 3 пациенток, у 2 были преждевременные роды с мертвым плодом.

20 беременных с тяжелой преэклампсией были родоразрешены абдоминальным путем, у 2-х операция сразу была расширена до ампутации, у 8 произведена перевязка 3 пар сосудов. 5 беременным мы применили простагландины вагинально роды произошли через естественные родовые пути

Все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

В данной группе новорожденные родились с различной степенью асфиксии, после лечения 18 новорожденных выписаны домой и 7 новорожденных переведены на второй этап в детскую больницу.

Выводы:

1.Наиболее оптимальным методом родоразрешения при тяжелой преэклампсии было оперативное родоразрешение посредством кесаревого сечения и при необходимости перевязка 3 пар сосудов

2.При тяжелой преэклампсии необходимо своевременно начать магнезиальную терапию, проводить коррекцию гемостаза, а с целью профилактики септических осложнений проводить антибиотикотерапию.

ТАКТИКА ПЕДИАТРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТОВ У ДЕТЕЙ

Нишанов С., студент 341-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Акбарова Р.М.

Кафедра педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают ведущее место в структуре инфекционной патологии детского возраста, уступая по частоте экономическому и социальному ущербу только острым респираторным заболеваниям и гриппу. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире около 2 млрд. человек переносят ОКИ, а до 5 млн. детей в мире ежегодно умирают от их осложнений

Цель исследования. Оценить тактику лечения ОВГЭ на основании клинических рекомендаций педиатров Узбекистана.

Материалы и методы исследования. По шкале Везикари в ОГ и ГС, соответственно в 85,4% и 79,7% случаев, тяжесть заболевания оценивалась в 9-10 баллов (средней тяжести). По шкале CDS в ОГ и ГС, соответственно в 94,3% и 92,1% случаев, степень эксикоза оценивалась в 4-5 баллов (I-II степени). В ОГ ИТ потребовалась в 21,3%, в ГС - в 67,7% случаев. Дети ГС, помимо нитрофуранов, в 61,2% случаев получали цефтриаксон. В ОГ стул нормализовался за $2,8 \pm 0,5$ в ГС - за $4,5 \pm 0,9$ койко-дня, $p = 0,04$; признаки токсикоза и эксикоза купировались в ОГ - за $3,7 \pm 0,2$, в ГС - за $5,4 \pm 0,3$ койко-дня, $p = 0,04$. В ГС на фоне ИТ в 0,6% случаев развился РДСВ.

Результаты исследования. По шкале Везикари в ОГ и ГС, соответственно в 85,4% и 79,7% случаев, тяжесть заболевания оценивалась в 9-10 баллов (средней тяжести). По шкале CDS в ОГ и ГС, соответственно в 94,3% и 92,1% случаев, степень эксикоза оценивалась в 4–5 баллов (I–II степени). В ОГ ИТ потребовалась в 21,3%, в ГС- в 67,7% случаев.

Дети ГС, помимо нитрофуранов, в 61,2% случаев получали цефтриаксон. В ОГ стул нормализовался за $2,8 \pm 0,5$ в ГС - за $4,5 \pm 0,9$ койко-дня, $p = 0.04$; признаки токсикоза и эксикоза купировались в ОГ- за $3,7 \pm 0,2$, в ГС - за $5,4 \pm 0,3$ койко-дня, $p = 0.04$. В ГС на фоне ИТ в 0,6% случаев развился РДСВ.

Вывод. Таким образом, по всем параметрам (нормализация стула, купирование признаков токсикоза и эксикоза) показана эффективность безантибактериальной терапии на фоне оральной регидратации ОБГЭ в ОГ по сравнению с ГС.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНИЕЙ

Нишанов С., студент 341-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Акбарова Р.М.

Кафедра педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на множество исследований, проведенных в разные годы для изучения причин этого состояния периода новорожденности, актуальность данной проблемы не уменьшается.

Ряд авторов приводят цифры общего билирубина сыворотки крови при ФГ до 256,0 мкмоль/л. При этом при отсутствии других причин повышения уровня билирубина желтухи, даже с таким высоким уровнем эти авторы по-прежнему относят к пограничным состояниям периода новорожденности.

Цель исследования. Проанализировать факторы риска развития и выраженности гипербилирубинемии у доношенного новорожденного ребёнка, на основании клинико-лабораторных показателей оптимизировать тактику ведения доношенных новорожденных с гипербилирубинемией.

Материалы и методы исследования. Нами проанализировано 66 историй развития ребенка. Критерии включения в исследование - доношенная беременность, диагноз «Неонатальная желтуха». Дети были разделены на группы в зависимости от уровня непрямого билирубина в сыворотке крови. Основную группу составляли 44 новорожденных ребёнка, с показателем билирубина более 250 мкмоль/л, группу контроля - 22 новорожденных с билирубином менее 250.

Результаты исследования. Исследование состояло из трех этапов: на первом этапе формировалась группа пациентов на основании критериев включения/исключения, проводилось клиническое, клинико-биохимическое обследование, ультразвуковое обследование органов брюшной полости и головного мозга, назначалась необходимая терапия. На втором этапе проводился анализ факторов риска затяжной конъюгационной гипербилирубинемии, при динамическом наблюдении контролировались клинико-биохимические показатели, определялась эффективность терапии.

На третьем этапе, при достижении пациентами клинико-лабораторной ремиссии, проводилось дальнейшее наблюдение за их нервно-психическим и физическим развитием в течение года, в эпикризные сроки 3, 6, 9, 12 месяцев, с целью установления отдаленного влияния затяжной конъюгационной гипербилирубинемии. Анализ распространенности и факторов риска формирования затяжной конъюгационной гипербилирубинемии у новорожденных и детей раннего возраста.

Исследование динамики уровня общего билирубина и его фракций показало повышение данных показателей у всех пациентов. Желтушный синдром формировался за счет повышения уровня непрямого билирубина. Максимальные значения общего билирубина ($123,1 [75,8; 177,09]$ мкмоль/л) и его фракций отмечались с 3 по 30 дни жизни. В период с 36 по 60 дни жизни уровень общего билирубина ($53,31 [34,5; 63,86]$ мкмоль/л) и его фракций имели тенденцию к снижению. Нормализация показателей уровня общего билирубина и его фракций отмечалась на третьем месяце жизни и старше.

Исследование активности АлАт в динамике не показало наличия выраженных цитолитических процессов у обследованной группы детей: активность АлАт составила $0,41 [0,31; 0,58]$ мккат/л на 3-4 день жизни, $0,40 [0,31; 0,55]$ мккат/л на 22-30 день жизни, $0,32 [0,16; 0,35]$ мккат/л на 36-60 дни жизни. Повышение уровня АлАт выше $1,1-1,5$ мккат/л отмечалось в 15% случаев (у 15 из 100 обследованных) на 27 - 29 сутки жизни с постепенным возвращением показателей к норме.

Исследование уровня АсАт также не выявило значимых отклонений. Показатели АсАт были в пределах нормы на первой недели жизни, затем наблюдалось некоторое увеличение показателя до 1,5 раз выше нормы к 22-30 дню жизни с последующим снижением показателя к 1,5-2 месяцам жизни. Повышение уровня АсАт зарегистрировано лишь в 12% случаев (у 12 из 100 обследованных) до 1,4 мккат/л - к 29 суткам жизни с постепенным возвращением показателей к норме.

Таким образом, цитолитический синдром с повышением активности ферментов в 1,5-2 раза обнаружен у 15% детей, что может быть следствием гипоксического повреждения мембран гепатодитов. Незначительное повышение уровня АсАт может быть также обусловлено тем, что данный показатель присутствует не только в печени, но и в сердечной мышце, скелетных мышцах, почках, головном мозге,

поджелудочной железе, легких, лейкоцитах, эритроцитах и является отражением общегипоксического воздействия на органы и системы организма ребенка в целом.

Вывод. Таким образом, согласно биохимическим показателям, пациенты основной группы не имели тяжелого гипоксического поражения печени с выраженными явлениями цитолиза мембран гепатоцитов в раннем неонатальном периоде.

Таким образом, у подавляющего большинства обследованных по данным биохимии и УЗИ органов брюшной полости диагностированы признаки холестаза, что, вероятно, способствует формированию затяжной конъюгационной гипербилирубинемии и определяет тактику ведения данных пациентов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Нормунинова Н.А., Маматалиев А.Б. - студенты 1 года обучения магистратуры кафедры Аллергологии клинической иммунологии, микробиологии.

Научный руководитель: Тухтаева О.Т. доцент кафедры Аллергологии клинической иммунологии, микробиологии.

Научный консультант: Назаров А.А. профессор кафедры Аллергологии клинической иммунологии, микробиологии

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Актуальность. Клинические проявления пищевой аллергии могут быть широко разнообразными: от желудочно-кишечных расстройств до поражения органов дыхания и кожных проявлений, таких как крапивница, отек Квинке и дерматит. Однако наиболее выражены сенсибилизирующие свойства у продуктов белкового происхождения, содержащих животные и растительные белки, такие как молоко, яйцо, пшеница, соя, арахис, орехи, рыба и ракообразные. Первым инородным белком, вводимым в диету ребенка, обычно является коровье молоко, и аллергия к белкам коровьего молока (БКМ) является наиболее частой причиной ПА у детей раннего возраста.

Цель исследования: изучить клиническое течение ПА у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В группу исследования включены 56 детей (27 мальчиков и 29 девочек) в возрасте от 1 мес до 3 лет. Аллергологическое обследование включило в себя следующие обследования: специфическая диагностика пищевой аллергии у детей основывается на оценке данных аллергического анамнеза, клинической картины, результатов аллергического и лабораторного исследования. Определение общего и специфического IgE в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

Изучалось пищевой режим детей: сроки введения пищевых продуктов, время перехода на смешанное и искусственное вскармливание и сроки появления симптомов со стороны различных органов.

Результаты и обсуждение. Результаты наших исследований показали, что у обследуемых детей клинические признаки пищевой аллергии проявлялись по-разному. Кожные проявления у 97,6%; гиперемия в основном на щеках, везикулы с серозным содержимым, эти симптомы сопровождался сильным зудом. При распространенном варианте (у 32% детей) процесс захватывал кожу туловища, разгибательные поверхности верхних и нижних конечностей, у этих детей заболевания протекало рецидивирующим течением. Нарушения стула, запоры, и диарея наблюдалась у 28,7% исследуемых детей. Частый, жидкий стул, появляющийся после приема причинно-значимого пищевого аллергена, является одним из наиболее распространенных клинических симптомов пищевой аллергии.

Острая крапивница — наблюдалась у 29,4% детей, с проявлением зудящих волдырных высыпаний разной формы и величины. Отек Квинке у 3,6% детей, наблюдалась отеки на веках, губах. Симптомы поражения органов пищеварения у 42,7% детей сочетались с симптомами поражения кожи. Спектр аллергенов к которым были выявлены специфическая IgE антитела - белки коровьего молока – у 40 детей (71,4%), аллерген куриного яйца – у 21 детей (37,5%), аллерген пшеницы – 13 детей (23,2%).

Выводы. Таким образом, у детей раннего возраста клинические признаки пищевой аллергии проявлялись по-разному. Кожные проявления гиперемия в основном на щеках, везикулы с серозным содержимым, эти симптомы сопровождался сильным зудом. При распространенном варианте процесс захватывал кожу туловища, разгибательные поверхности верхних и нижних конечностей, у этих детей заболевания протекало рецидивирующим течением. Частый, жидкий стул, появляющийся после приема причинно-значимого пищевого аллергена, является одним из наиболее распространенных клинических симптомов пищевой аллергии.

ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОЕННОЙ РЕЧИ

*Нуманов Шерзодбек Комилжанович
преподаватель кафедры Иностранных языков
Андижанского государственного медицинского института*

В истории человеческого развития возможности были реконструированы благодаря языку, и мир более четко отразился в человеческом мозге. В связи с появлением языка у каждого человека появилась возможность использовать опыт, накопленный в процессе социально-исторического развития общества. С помощью языка каждый получает знания о незнакомых событиях, ситуациях, условиях, с которыми никогда не сталкивался лично. По той же причине язык позволяет человеку осознавать многие эмоциональные и интеллектуальные влияния и впечатления. С помощью языка человек может дать другим людям информацию о прошлом, настоящем и будущем, информацию о реальности, сути социального опыта, умениях и способностях.

Рассмотрение структурных, семантических и лингвистических особенностей организации устных жанров военного общения в учебно-профессиональной сфере с целью оптимизации процесса обучения речевой деятельности на узбекском/русском/английском языках.

Психолингвистические основы речи в сфере военного образования и профессии, устные жанры, а также типологическое описание языковых средств их организации в рамках коммуникативно-прагматического подхода. Выступления, характерные для военного образования и профессиональной области психолингвистической коммуникативной речи, подтверждаются мотивами и целями, статусом и социальными ролями коммуникаторов, коммуникативными ситуациями, социальными нормами и правилами.

Поскольку язык возник в речевой деятельности, речевая деятельность является объектом изучения как в лингвистике, так и в психологии. Это пересечение лингвистики и психологии привело к возникновению психолингвистики (или лингвопсихологии) между этими дисциплинами. Термин впервые был использован в 1946 году американским психологом Н. Пронко и широко используется с 1950-х годов. Однако его корни уходят в течение психологизма (основатель Г. Штейнталь), возникшего в XIX веке на основе сравнительно-исторического языкознания. Он стремился создать социальную, этническую психологию, подчеркивая выражение духа народа в языке. Сторонники этого направления сосредотачиваются на внутренней стороне языка, живой речи, прямом речевом процессе, значении слов и фраз и пытаются представить концепции и практики ассоциативной психологии.

В объект изучения психолингвистики входят:

- Изучить механизм речевой деятельности.
- Изучить формирование детской речи.
- Изучение отношений между говорящим и слушателем в конкретных речевых ситуациях.
- Изучение и управление функцией передачи информации речи.

Сегодня эта область лингвистики расширилась за счет включения человеческого фактора в речь, индивидуальность, внутреннюю речь и внешнюю речь. Вербальная деятельность, то есть процесс, с помощью которого люди общаются и получают информацию друг от друга, является предметом изучения многих дисциплин. В частности, этот процесс широко изучается лингвистами и психологами. Тот факт, что индивидуальный опыт человека связан с универсальным опытом, объясняется наличием языка в людях. Говоря простым языком, язык состоит из системы и набора слов и символов. Выполнение человеком той или иной деятельности зависит от характеристики признаков, симптомов, а ее продуктивность и успешность напрямую связаны с важностью языковых компонентов.

КЛИНИКО – ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УЗЛОВОЙ МИОМЫ МАТКИ, ТРЕБУЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

*Нуралиева М.А., магистр 3 курса
Научный руководитель: Рашидова Ш.У.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Миома матки является наиболее распространенным заболеванием у женщин репродуктивного возраста, в большинстве случаев, протекающим бессимптомно. В случаях же симптоматического течения заболевания, клинические проявления зависят от размеров, количества и расположения узлов. Среди гинекологических заболеваний миома матки встречается у 25 – 35% женщин репродуктивного возраста. В репродуктивном возрасте (30 – 34 года) частота встречаемости таковой возрастает до 55,0%. После 35 лет риск возникновения миомы матки у женщин достигает максимальных значений - 76% - 80%

Цель исследования. Изучение вклада изменений аутоиммунитета в патогенезе узловой форме миомы матки, определение клинической эффективности и безопасности различных доступов гистерэктомии в репродуктивном возрасте.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования стали пациентки с узловой формой миомы матки репродуктивного возраста, составившие основную группу, которые подвергались гистерэктомии, а также здоровые пациентки, которые составили контрольную группу. В процессе исследования использованы следующие методы: медико-социологические, для выделения сравниваемых групп женщин, общеклинические, ультразвуковые, определение уровня профилей сывороточных аутоантител методом ЭЛИ-П комплекс.

Результаты исследования. У больных с миомой матки имеет место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, большое число перенесенных и сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний: хронические воспалительные заболевания матки и ее придатков - 59%, ХУГИ – 71,1%, инструментальные вмешательства при неоднократных искусственных и самопроизвольных абортах - 77,8% на более поздних сроках беременности.

Клинические проявления миомы матки у женщин, подвергшихся гистерэктомии в репродуктивном возрасте, характеризуются сочетанием болевого синдрома и аномальных маточных кровотечений - 70,0%, нарушением мочеиспускания – 25,5%, бесплодием – 11,1% случаев. Бессимптомный рост узлов наблюдался у 28% пациенток.

Определение профилей ААТ к ТгМ – 03 и бета-2 гликопротеину¹ целесообразно для предсказания возникновения маточного кровотечения при миоме матки; ААТ к ХГЧ - в качестве предиктора анти-ХГЧ синдрома при бесплодии; ААТ к Spg-06 – в качестве предиктора развития локального воспаления в миоматозном узле.

Женщинам с миомой матки больших размеров предпочтительным является оперативное лечение лапароскопическим доступом, что обеспечит меньшую травматичность операции, меньшее количество послеоперационных койко-дней и частоты послеоперационных осложнений.

Учитывая развитие вегетоневротических расстройств, диспареунии в отдаленном послеоперационном периоде после гистерэктомии у женщин в репродуктивном возрасте проведение органоуносящих операций должно быть крайней мерой в лечении миомы матки.

Вывод. Данное исследование является этапом в изучении аутоиммунитета у женщин с миомой матки. Исследования в этом направлении позволят глубже изучить роль и место аутоантител в этиологии и патогенезе миомы матки, ее клинических проявлений и отдаленных послеоперационных осложнений.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Нурматов С.Ю., магистр 1 курса

Научные руководители: Расулова М.М., Доцент кафедры ТашИУВ

Рашидова Ш.М., Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. У пациентов с конкрементами в почках обычно присутствуют характерная боль в пояснице, рвота и иногда повышенная температура. Заболевание может также протекать бессимптомно. Стандартное обследование включает подробное изучение истории болезни и врачебный осмотр. Клинический диагноз должен быть подкреплён соответствующими визуализирующими методами диагностики.

Цель исследования. Оптимизация и повышение информативности методов рентгеновской, ультразвуковой, эндоскопической и комбинированной визуализации мочевыделительных органов и образовавшихся в них конкрементов при лечении мочекаменной болезни методами дистанционной ударноволновой литотрипсии, эндоскопической контактной литотрипсии и литоэкстракции.

Материалы и методы исследования. В основу настоящего исследования положены данные обследования 70 пациентов, которые наблюдались в клинике АГМИ в период с 2020 по 2021 год. Возраст обследуемых колебался от 20 до 81 года (ср. возраст 48,6 лет), мужчин было 201(54,3%) и женщин - 169(45,7%). В связи с отсутствием нормативных физико-химических и биохимических показателей камнеобразующих свойств мочи и крови для их определения было обследовано 50 здоровых людей (по 25 мужчин и женщин) в возрасте от 20 до 80 лет-(ср. возраст 48,9 лет) из которых была образована контрольная группа.

Результаты исследования. Рациональное, комбинированное и динамическое использование ультразвуковой, рентгеновской и эндоскопической визуализации позволяет успешно применить эндоурологическое лечение в 98±1% (p< 0,05) случаях мочекаменной болезни.

Ультразвуковое исследование стандартными эхосканерами обеспечивает визуализацию 98,7±0,5% камней почек, 76±0,3% камней мочеточников, 99,3±0,1% камней мочевого пузыря и благодаря высокой информативности и безвредности, является оптимальным методом визуализации на всех этапах лечения мочекаменной болезни эндоурологическими методами. Ввиду особенностей условий ультразвуковой

визуализации при выполнении дистанционной ударноволновой литотрипсии, достаточная информативность эхосканирования на литотриптере EDAP LT 02 обеспечивается только в 15,5% случаев, что в остальных случаях вызывает необходимость применения комбинированной ультразвуковой и рентгеновской визуализации.

Необходимая информативность, оперативность и радиационная безопасность при визуализации камней и их осколков во время лечения мочекаменной болезни методами литотрипсии может быть достигнута при использовании цифровой рентгеновской аппаратуры с пространственным разрешением не менее 6-7 пл/мм.

Использование динамических методов рентгеноскопии и эхосканирования позволяет значительно повысить информативность визуализации в условиях применения неинвазивных и малоинвазивных методов лечения мочекаменной болезни.

Комбинированное использование ультразвуковой, рентгеновской и эндоскопической визуализации обеспечивает высокую эффективность эндоурологических методов лечения сложных случаев мочекаменной болезни и сочетанной урологической патологии.

Вывод. В качестве первичной процедуры следует назначать ультразвуковое исследование, так как оно безопасно (не используется радиоактивное излучение), воспроизводимо и представляется недорогим методом обнаружения конкрементов. Есть возможность объективно оценить состояние отдельных составляющих почки, выявить камни, зафиксировать размер, количеству и локализацию конкременты. УЗИ позволяет выявить конкременты в чашечках, лоханке, лоханочно-мочеточниковом и пузырно-мочеточниковом сегментах, а также диагностировать расширение верхних мочевыводящих путей (ВМП).

При диагностике почечных конкрементов размером > 5 мм чувствительность УЗИ составляет 96%, а специфичность — почти 100%. При диагностике всех конкрементов (любой локализации) чувствительность и специфичность УЗИ оказываются ниже — 78 и 31 % соответственно. Соответственно гиперэхогенный сигнал 5 и более мм по результатам УЗИ нужно интерпретировать как уверенную картину конкремента.

НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Выполнил: Ниёзалиев А.Г.,

*Научный руководитель: Усманова У.И., Кафедра ВОП - 1
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Наиболее распространенной аритмией, с которой врач сталкивается в клинической практике, является фибрилляция предсердий (ФП). Известно, что ФП ассоциируется с пятикратным увеличением риска развития инсульта, трехкратным — сердечной недостаточности, двукратным — деменции и смерти. Согласно данным статистики, распространенность ФП в общей популяции достигает 2%. В частности, от 2,7 до 6,1 млн взрослых американцев страдают ФП. В странах Европы число больных с ФП превышает 6 млн. Ожидается, что в связи со старением населения в течение последующих 25 лет эти показатели увеличатся в 2 раз.

Цель исследования. Изучить оценку эффективности пероральных антикоагулянтов при лечении и профилактике фибрилляции предсердий на фоне ишемической болезни сердца.

Материалы и методы исследования. Для выполнения этой задачи мы отобрали в общей сложности 70 пациентов, пролеченных в терапевтическом отделении клиники АГМИ с осложненной предсердной фибрилляцией и ишемической болезнью сердца.

Результаты исследования. По данным мета-анализа, риск развития ИМ на фоне терапии дабигатраном по сравнению с АВК, ривароксабаном, апиксабаном и эдоксабаном был выше: риск развития ИМ — ривароксабан по сравнению с дабигатраном (ОР 0,56 при 95% ДИ от 0,38 до 0,82, терапия ривароксабаном снижает риск развития коронарных осложнений на 44% по сравнению с дабигатраном); апиксабан по сравнению с дабигатраном (ОР 0,59 при 95% ДИ от 0,40 до 0,88, снижение риска на 41% по сравнению с дабигатраном); варфарин по сравнению с дабигатраном (ОР 0,66 при 95% ДИ от 0,49 до 0,87, снижение риска на 34% по сравнению с дабигатраном); эдоксабан по сравнению с дабигатраном (ОР 0,71 при 95% ДИ от 0,50 до 1,0, снижение риска на 29% по сравнению с дабигатраном).

Возможность быть препаратом первого выбора с точки зрения снижения риска развития ИМ/ОКС составила 53,5% для ривароксабана, 33,8% для апиксабана, 2% для эдоксабана, 1,2% для АВК, 0,007% для дабигатрана.

По данным рандомизированных клинических исследований и результатов многочисленных мета-анализов, терапия апиксабаном не приводит к повышению или снижению риска развития ИМ и сопоставима с варфарином. И только при приеме ривароксабана во всех указанных мета-анализах значимо снижался риск развития ИМ/ОКС.

Данные, полученные в рандомизированных клинических исследованиях и мета-анализах, имеют более высокий уровень доказательности, чем результаты пострегистрационных наблюдательных

исследований. Таким образом, выбор определенного перорального антикоагулянта должен быть взвешенным, продуманным и основан на результатах с высоким уровнем доказательности.

Вывод. В исследование, конечно, рассматриваются далеко не все практические аспекты применения новых пероральных антикоагулянтов. Например, отдельного обсуждения заслуживает проблема лечения этими препаратами в сочетании с аспиринотерапией и другими антиагрегантами у больных, перенесших острый коронарный синдром или стентирование коронарных и других артерий.

Важное значение имеют тактика применения антикоагулянтов у пациентов, нуждающихся в плановых или неотложных хирургических вмешательствах, переход с одного антикоагулянта на другой, ошибки при применении (например, пропуск дозы), возможность взаимодействия с другими лекарственными средствами, сроки возобновления антикоагуляции после состоявшегося кровотечения и т.п.

Ответы на некоторые из этих вопросов можно найти в инструкциях по применению соответствующих препаратов, хотя многие аспекты антикоагулянтной терапии нуждаются в дальнейшем изучении.

ХРОНИЧЕСКИЙ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ

Нурматова М., студентка 201-группы ВМД

*Научный руководитель: Махсудова Х.Ф., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальность этой проблемы обусловлена еще и тем, что ХОБ медленно прогрессируя, постепенно трансформируется в хроническую обструктивную болезнь взрослых, которая занимает одно из первых мест среди причин смерти. Своевременная диагностика и адекватное лечение ХОБ у детей позволят замедлить прогрессирование патологического процесса и улучшить отдаленный прогноз течения заболевания. С целью улучшения оказания пульмонологической помощи населению нами, на основании данных мировой литературы и опыта работы, подготовлено настоящее учебно-методическое пособие по выявлению и наблюдению детей с ХОБ для студентов и практикующих врачей.

Цель исследования. Оценить исходы течения ХОБ у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 139 детей в возрасте от 2 до 14 лет, из них мальчиков – 82, девочек – 57. На каждого больного составлена индивидуальная тест-карта, содержащая данные анамнеза, клинического течения заболевания, результатов радиологического, функционального и иммунологического методов исследования.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных позволило выявить острый бронхиолит у 108 (78%) наблюдавшихся детей в ранний период жизни, с формированием облитерирующего бронхиолита к 3-м годам. Из них, в 56 (40,3%) случаях причиной развития болезни была аспирация околоплодными водами или меконием во время родов, с последующим развитием ирритативного неинфекционного бронхиолита. У 52 (37,4%) детей грудного возраста перенесенная острая респираторная инфекция была толчком к развитию острого, а в последующем и облитерирующего бронхиолита.

У 31 (22,3%) больного в возрасте 3–4-х лет под воздействием вирусно-бактериальной инфекции имел место острый бронхиолит с переходом в облитерацию при последующих обострениях. Базисная ингаляционная терапия беродуалом и пульмикортом с помощью небулайзера проводилась длительно у 102 (73,3%) больных. Динамическое наблюдение за детьми проводилось в течение 5–8 лет.

В большинстве случаев у 113 (81,3%) при раннем адекватном лечении заболевание заканчивалось полным клиническим выздоровлением к 10–12 годам жизни. У 26 (19%) отмечалась облитерация бронхиол, развивался пневмосклероз. Бронхоэктазы были сформированы в 11 (8,1%) случаях.

Вывод. Катамнестическое наблюдение за больными с ХОБ позволило установить благоприятное течение болезни с последующим клиническим выздоровлением в случаях ранней диагностики и длительном адекватном лечении заболевания.

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Нурматова М., студентка 201-группы

*Научный руководитель: Махсудова Х.Ф., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Частота диагностических ошибок у таких больных составляет 75–80%, а адекватная специализированная помощь им, как правило, оказывается значительно позже возникновения первых признаков заболевания, что значительно ухудшает эффективность их лечения и прогноз. В этой связи актуальной задачей в педиатрии является диагностика интерстициальных болезней легких (ИБЛ) на ранних, еще обратимых стадиях.

Цель исследования. Совершенствование диагностики интерстициальных болезней легких у детей с использованием современных дифференциально-диагностических критериев.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 142 пациента, получавших стационарное обследование и/или лечение в одном из пульмонологических отделений АОДБ. Выборка пациентов в основную и контрольную группы осуществлялась сплошным методом, исследование имело в большей степени ретроспективный характер (более 60% пациентов включены в исследование ретроспективно).

Результаты исследования. В основную группу вошли 48 детей с установленным диагнозом одного из интерстициальных заболеваний легких (облитерирующий бронхиолит, гиперчувствительный пневмонит - ЭАА, идиопатический фиброзирующий альвеолит - ИФА). Остальные дети с такими заболеваниями органов дыхания, как пневмония, рецидивирующий бронхит, хронический бронхит, острый бронхиолит, атипичной и/или затяжной клинической картиной болезни и/или отсутствием эффекта от проводимой терапии, вследствие чего им (с информированного согласия родителей) была проведена компьютерная томография органов грудной клетки, они и составили группу сравнения (n=94).

Превалирующей патологией в структуре интерстициальных болезней легких у детей является облитерирующий бронхиолит (52,08%), реже встречается гиперчувствительный пневмонит (39,59%) и идиопатический фиброзирующий альвеолит (8,33%). Манифестация облитерирующего бронхиолита и гиперчувствительного пневмонита наблюдается у детей в возрасте до 1 года, идиопатического фиброзирующего альвеолита - в возрасте 10-11 лет.

Основными проявлениями, характерными для всех форм интерстициальных болезней легких у детей, являются малопродуктивный кашель, прогрессирующая одышка преимущественно без повышения температуры тела, двусторонние аускультативные изменения в легких, рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания, отсутствие специфических изменений в общем и биохимическом анализах крови. Особенностью гиперчувствительного пневмонита у детей является сенсibilизация к грибковым аллергенам.

При интерстициальных болезнях легких у детей имеется сходная рентгенологическая картина, характеризующаяся на традиционной рентгенограмме органов грудной клетки ячеистым усилением легочного рисунка за счет сосудисто-интерстициального компонента, мелкоочаговыми уплотнениями и формированием очагов локального пневмофиброза. На компьютерной томограмме - интерстициальным типом инфильтрации легочной ткани, очагами консолидации, участками эмфизематозного вздутия, очаговыми и распространенными фиброзно-склеротическими изменениями в обоих легких.

Компьютерная томография органов грудной клетки высокого разрешения позволяет определить дифференциально-диагностические критерии облитерирующего бронхиолита - распространенная картина «матового стекла», линейные бронхиальные структуры в субплевральных областях, U-образные структуры бронхиол; гиперчувствительного пневмонита - неравномерно расположенные, преимущественно в центральных отделах легких, зоны «матового стекла»; идиопатического фиброзирующего альвеолита - распространенные зоны «матового стекла», преимущественно в базальных и задне-базальных отделах легких, участки эмфизематозно-буллезного вздутия с тенденцией к формированию картины сотового легкого.

Диагноз интерстициальных болезней легких у детей может быть установлен только при комплексном обследовании, включающем клинико-лабораторные, инструментальные и рентгенологические методы, анализ результатов которых дает возможность своевременно выявить ту или иную форму заболевания.

Вывод. Разработанный алгоритм диагностики заболеваний органов дыхания у детей, включающий комплексную оценку клинических, лабораторных и рентгенологических показателей, позволяет в кратчайшие сроки выявить/предположить характер патологии легких у детей - воспалительные заболевания, специфический процесс в легких, интерстициальное поражение легочной ткани - и своевременно назначить дообследование (компьютерную томографию высокого разрешения органов грудной клетки).

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

*Нурматова М., студентка 201-группы ВМД
Научный руководитель: Махсудова Х.Ф., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблема хронических неаллергических воспалительных заболеваний легких (ХВЗЛ) у детей остается одной из сложных в современной педиатрии. Хроническая патология легких включает в себя как приобретенные заболевания бронхолегочной системы, сформированные на основе первоначально интактной легочной ткани, так и состояния, являющиеся следствием врожденной и наследственной патологии легких.

Цель исследования. Установить клинико-эпидемиологические, этиологические особенности и закономерности изменений продукции цитокинов и факторов неспецифической резистентности у детей с хроническими воспалительными заболеваниями легких.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРВ МУАММОЛАРИ

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленной целью и задачами работы исследование проводилось в четыре этапа. I группа состояла из 29 больных (49,1%) - пациенты с инфекционно-воспалительным процессом, сформированным на интактном легком.

II группа из 30 человек (50,8%) представлена больными, у которых хронический инфекционно-воспалительный процесс в легких ассоциирован с врожденной или наследственной патологией бронхолегочной системы.

Результаты исследования. Выявлено снижение общей заболеваемости хроническими неаллергическими воспалительными заболеваниями легких у детей с относительным ростом наследственной бронхолегочной патологии в Андижанской области за 10 лет наблюдения (139 пациентов в 2010г. и 59 больных в 2020г. соответственно).

У больных с наследственной и врожденной патологией бронхолегочной системы достоверно чаще диагностировались обострения бронхолегочного процесса

2,71±0,048 во II гр. и соответственно 2,28±0,047 в I гр. ($p=0,01$), признаки хронической гипоксии (в т.ч. отставание в физическом развитии (70,1% случаев во II гр. и соответственно 34,3% случаев в I гр.), признаки метаболических нарушений в миокарде при инструментальном обследовании (13,3% случаев в II гр. и соответственно 3,4% случаев в I гр.) и интеркуррентные заболевания, в т.ч. синуситы (33,3% случаев во II гр. и соответственно в 17,2% случаев в I гр.).

Обострение бронхолегочного процесса в обеих группах больных ХВЗЛ ассоциировано с микстинфекцией (68,2% случаев), сочетанием грамположительных (71,8% случаев) или грамположительного и грамотрицательного микроорганизмов (28,2% случаев), с полирезистентностью представителей микробиоты к антибиотикам стартовой терапии. Установлено преобладание грамотрицательной микрофлоры у больных с врожденными и наследственными заболеваниями легких (59%).

Обострение воспалительного процесса у больных с ХВЗЛ характеризуется выраженной дискомплементемией с нарастанием концентрации мурамидазы сыворотки крови и БАСК, в связи с чем их определение может рассматриваться в качестве дополнительных лабораторных маркеров активности воспаления. Степень изменения показателей факторов врожденного иммунитета (С3 компонента комплемента, БАСК, лизоцима) достоверно выше ($p<0,01$; $p<0,001$ и $p<0,001$ соответственно) у больных с хроническими заболеваниями легких, ассоциированных с наследственной и врожденной патологией, что является отражением частично контролируемого воспалительного процесса в бронхиальном дереве у данной категории больных.

Выявлено повышение уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-1Р, ИЛ-6, ИЛ-8) в сыворотке периферической крови, сохраняющееся в периоде клинической ремиссии у больных ХВЗЛ на фоне врожденной и наследственной патологии, что указывает на наличие текущего хронического воспаления, в том числе с аутоиммунным компонентом, в пользу которого свидетельствует высокий уровень противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИФН-у).

Вывод. Определение распространенности ХВЗЛ в регионе позволяет совершенствовать организационные и методические мероприятия по оказанию медицинской социальной помощи данному контингенту больных.

Определены особенности микробной контаминации дыхательных путей у пациентов с ХВЗЛ и чувствительность к антибактериальным препаратам, что позволяет оптимизировать схемы эмпирической антибактериальной терапии при обострении заболевания.

Определены нормативные показатели, ИЛ-1р, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИФН-у, уровень лизоцима сыворотки крови, бактерицидной активности сыворотки крови, С3 компонента комплемента у здоровых детей Андижанской области, что может быть использовано в региональном практическом здравоохранении.

Определены уровни показателей ИЛ-1Р, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 в сыворотке крови, лизоцима в сыворотке крови, БАСК и ИФН-у сыворотки крови у пациентов с ХВЗЛ, которые могут быть предложены в качестве дополнительных диагностических лабораторных критериев активности и фазы хронического бронхолегочного процесса.

Выводы. Выявленные особенности иммунологических показателей у больных ХВЗЛ позволяют индивидуализировать терапевтические подходы и диспансерное наблюдение.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ТИПОЛОГИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Выполнил: Нурматов Н, магистр 2 курса.,

Научные руководители: Аграновский М.Л., Козимжонов И.Ф., Салиев М.М., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Известно, что разнородные факторы окружающей среды могут действовать на человека независимо друг от друга, усиливая один другой или находясь в антагонистических отношениях. В

большинстве случаев исследователи сходятся во мнении, что это многофакторная проблема, учитывающая биологические, психологические и социальные влияния. Распространенность суицидов имеет существенное различие в зависимости от возрастных, социальных групп, демографических показателей.

Многие современные теории суицида рассматривают глобальные перемены в социальном окружении как наиболее значимые в смысле влияния на смертность от самоубийств.

Отношения, которые связывают человека с обществом, являются предельно важными при принятии решения о суициде. Качество этих отношений напрямую связано с состоянием психического здоровья, а значит и с уровнем частоты суицидов.

Цель исследования. Разработка системы дифференцированной профилактики суицидального поведения на основе определения клинических, социальных, личностно-психологических детерминант, динамики и типа суицидального процесса.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач будут обследованы лица, находившиеся после суицидальной попытки в токсикологическом, нейро-реанимационном и ожоговом отделениях Андижанского филиала РЦЭМ, а также по данным архивные данные судебно-медицинских освидетельствований.

Будут изучены 75 больных в возрасте от 18 до 50 лет (50 основная группа, 25 контрольная группа (здоровые люди - добровольцы, рабочие, служащих, из числа учащихся студентов).

Результаты и обсуждение. Установлено, что около половины всех суицидентов имели среднее профессиональное образование - 47,8% (мужчины - 50,6%, женщины - 45,2%). При этом, одна треть из них были им не довольны и считали выбор профессии ошибочным. Большинство таких лиц работали не по специальности и сообщали о желании работать в других сферах. Однако реальных планов по изменению ситуации у них, как правило, не было. Пациенты объясняли это отсутствием возможности (чаще финансовой) освоить другую профессию. Такая ситуация вызывала неудовлетворенность собственной профессиональной деятельностью и выступала как один из негативных факторов, влияющих на их психический статус. Около одной трети суицидентов имели среднее образование - 26,9% (мужчины - 26,4%), женщины - 27,1%). Как правило, они занимались неквалифицированным трудом.

Эти пациенты в основном были удовлетворены своей деятельностью, а их основные жалобы были связаны с низким уровнем зарплаты и/или плохими условиями труда. В 19,8% случаев суициденты имели высшее образование (мужчины - 18,9%, женщины - 20,7%). Здесь примерно в равных долях были представлены его гуманитарное, техническое и естественнонаучное направления. У этих пациентов на первый план выступали жалобы, связанные с потерей престижа работы и низким уровнем заработной платы. В 5,5% случаев образование суицидентов ограничивалось начальной школой, либо вообще отсутствовало. У половины из них это было связано с наличием психического расстройства. Остальные были пациентами старшей возрастной группы (70 лет и старше), не получившими должного образования по объективным причинам, связанным с историческими особенностями развития страны. Сопоставление полученных данных со сведениями об образовательном уровне по популяции в целом показало, что значительных отличий в группе суицидентов не выявляется. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстата) за 2009 год, высшее образование в России имеют 21,7%; среднее профессиональное - 44,2%; среднее - 23,5%) и не имеют образования - 2% населения. Учитывая это можно утверждать, что уровень образования среди лиц, совершивших суицидальные попытки, соответствует общему уровню образования в популяции.

Однако оценка социального статуса пациентов позволила выявить особенности, значительно отличающие группу суицидентов от общей популяции (табл. 17). Установлено, что наибольшую долю среди суицидентов составили безработные - 37,2% (мужчины - 50,6%, женщины - 24,1%).

Таким образом, доля безработных среди лиц, совершивших суицидальные попытки, в 5,7 раза выше, чем в общей популяции. В особой степени это касается суицидентов мужчин, среди которых удельный вес безработных превышает 50%.

На безработицу как важный фактор суицидального риска указывали в своих работах многие авторы. I. Waldrom., J. Eyer (1975) отмечали, что рост безработицы на 1% приводит к увеличению числа самоубийств на 4%. S. Weyerer., A. Wiedenmann (1995) исследовали влияние четырех экономических показателей на динамику самоубийств: роста экономики, среднего реального дохода, безработицы и частоты банкротств. Авторы считают, что более всего на рост суицидальной активности оказывали влияние именно уровень безработицы и частота банкротств. В нашем исследовании из 147 безработных суицидентов больше половины (61,6%) не имели постоянного места работы уже длительное время - 3 и более лет.

Из них только 19 человек (12,9% от всего числа неработающих) не могли работать из-за прогрессирующего ухудшения состояния здоровья. Остальные (70 человек, или 47,7% от всего числа неработающих) не имели постоянного места работы по ряду причин, не относящихся к их здоровью. В большинстве случаев пациентов не устраивала заработная плата или необходимость работать не по специальности. Часть пациентов были неудовлетворены условиями труда (в том числе, отдаленность места работы, что для многих пациенток было неприемлемым, так как нужно было успевать отводить/забирать детей в детский сад/школу). Многие пациенты также отмечали, что с началом финансового кризиса ситуация с поиском работы

Вывод. Знание клинических, личностно-психологических и социальных детерминант суицидального поведения и внедрение системы его дифференцированной профилактики позволит повысить эффективность профилактической, диагностической и лечебно-реабилитационной суицидологической помощи населению.

Внедрение методов селективной профилактики суицидального поведения даст возможность улучшить уровень распознавания суицидоопасных состояний и начальной стадии суицидального процесса врачами-психиатрами, наркологами, а также специалистами общемедицинской сети и психологических служб.

Внедрение разработанных психотерапевтических программ в комплекс антикризисной профилактики позволит повысить эффективность кризисной интервенции суицидов, а программ индикативной профилактики – будет способствовать снижению частоты рецидивов и повторных суицидальных действий. В целом, внедрение предложенных мер способно внести вклад в улучшение суицидологической ситуации в стране.

КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РЕМИССИИ ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Выполнил: Нурматов Н, магистр 2 курса.,

Научные руководители: Аграновский М.Л., Козимжонова И.Ф., Салиев М.М., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Клинико-психопатологическая неоднородность астенических расстройств в ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении обусловлена отличиями в их патогенезе, что в частности, проявляется различием иммунологических показателей, которые имеют прогностическое значение и могут рассматриваться как маркеры психического состояния больных..

Изучены клинико-иммунологические характеристики астенических нарушений в рамках ремиссии эндогенного процесса, доказана исходная функциональная недостаточность эффекторного звена воспалительной реакции у больных с негативно-астеническим вариантом астенического симптомокомплекса.

Цель исследования. Являлась клинико-психопатологическая дифференциация и выявление иммунологических особенностей астенических расстройств у больных шизофренией в стадии ремиссии, а также оптимизация терапии этих состояний на основании полученных данных.

Материалы и методы исследования. Обследовано 63 пациента мужского пола в возрасте от 23 до 58 лет (средний возраст $41,9 \pm 9,46$ года) с приступообразно-прогредиентной формой шизофрении в стадии ремиссии. Средний возраст дебюта заболевания составил $22,2 \pm 4,2$ года, средняя длительность заболевания — $18,9 \pm 9,5$ года.

В исследовании применялись следующие методы: клинико-психопатологический, психометрический (с использованием шкал PANSS, SANS, CDSS, VAS-A, MFI-20), статистический.

Результаты исследования. На основании клинико-психопатологического обследования у всех больных были диагностированы состояния, содержащие признаки астении с преобладанием различных проявлений, таких как ослабление или утрата способности к продолжительному умственному напряжению, невозможность сосредоточиться на чем-либо одном, трудность словесного выражения переживаний («не удается подобрать нужные слова»), снижение психической активности и затруднения при выполнении элементарных видов умственного труда, субъективное ощущение усталости и разбитости, жалобы на трудности концентрации внимания и усвоения информации, повышенную психическую утомляемость. Наряду с истощаемостью и непродуктивностью интеллектуальной деятельности наблюдалась раздражительная слабость с эмоциональной лабильностью и реакциями недовольства.

У 54 больных (85,7%) в картине астенического симптомокомплекса отмечались выраженные вегетативные расстройства: головная боль, головокружение, ощущение тяжести в голове, колебания артериального давления и пульса, диспепсия, легкость покраснения или побледнения кожных покровов, ощущение жара при нормальной температуре тела или, напротив, повышенная зябкость, также имела место усиленная локальная потливость.

I тип, так называемый аффективно-астенический ($n = 22$; 34,9%), развивался в рамках депрессии с выраженными астеническими проявлениями. У большинства пациентов объективно наблюдалась физическая истощаемость — 63,6% (14 чел.), тогда как интеллектуальная нагрузка переносилась легче, и умственная/психическая истощаемость объективно была диагностирована у 36,4% (8 чел.). Больные предъявляли жалобы астенического характера: на повышенную утомляемость — 86,4% (19 чел.); чувство пассивности/ вялости — 22,7% (5 чел.); недержание аффекта — 81,8% (18 чел.); сенситивность и ранимость — 45,5% (10 чел.); плаксивость — 27,3% (6 чел.). Отмечался астенический ментизм — 40,9% (9 чел.); оценка малозначительных событий как психотравмирующих — 77,3% (17 чел.); трудность адаптации в нестандартных условиях — 63,6% (14 чел.).

II тип эндогенной астении, названный негативно-астеническим, наблюдался в двух третях случаев ($n = 41$; 65,1%). В клинической картине на первый план также выступала астеническая симптоматика, но при детальном психопатологическом обследовании выявлялось преобладание негативных расстройств различной степени выраженности. К ним отнесены проявления эмоциональной нивелировки с рациональной оценкой окружающего (58,5%), нарастающего аутизма (90,2%), психопатоподобных изменений личности по типу фершробен (7,3%), апатии (43,9%), абулии (17,1%), причем последние три вида расстройств выявлялись в статусе, но не были предметом жалоб пациентов.

Отличительной особенностью эндогенной астении II типа являлось доминирование умственной/психической истощаемости, которая наблюдалась у 82,9% больных, над физической истощаемостью, обнаруженной в 41,5% случаев. Кроме того, снижение активности у большинства больных характеризовалось преобладанием в психическом статусе вялости, замедленности, безынициативности, несамостоятельности в 65,9% наблюдений и в 34,1% случаев сочеталось с общей монотонностью внешнего облика, со стереотипностью мимики и моторики — 26,8%, с ригидностью психических функций — 34,1%, при этом отсутствовали какие бы то ни было признаки гипотимии.

В то же время при объективном обследовании (проверка толерантности к физическим нагрузкам в тренажерном зале) достоверных признаков преобладания физической астении не выявлялось. Даже после незначительных интеллектуальных нагрузок на первый план в статусе больных выступали выраженные нарушения мышления — соскальзывания, единичные шперрунги, разноплановость и витиеватость мышления, склонность к рассуждательству, критики которых не было. Ощущение постоянной усталости, переутомления не проходило у пациентов даже после длительного периода отдыха. Они были убеждены, что даже минимальное физическое усилие обязательно приведет к усугублению чувства усталости, появлению «колоссальной утомляемости» и усилению других симптомов (например, сопутствующих вегетативных нарушений). Несмотря на то что пациенты выглядели недовольными, хмурыми, депримируемыми, никто из них не жаловался на пониженное настроение.

Вывод. Полученные результаты согласуются с другими исследованиями и подтверждают наличие астенической симптоматики при шизофрении в период ремиссии. В то же время значимым и новым является выявление неоднородности клинической картины и связи астенических расстройств с аффективной, ипохондрической и негативной симптоматикой. Нам не удалось обнаружить детальных исследований в аналогичных направлениях за последние годы в доступной нам литературе. Полученные данные могут быть использованы в дальнейших клинических и клинко-биологических исследованиях.

КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ И АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Выполнил: Нурматов Н, магистр 2 курса.,

Научные руководители: Аграновский М.Л., Козимжонов И.Ф., Салиев М.М., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Самоубийства продолжают оставаться одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем человечества. Вместе с тем, несмотря на значительное число разработанных в разные годы концепций и моделей суицидального поведения, представления о его причинах, механизмах формирования, клинических проявлениях, связи с состоянием психического и соматического здоровья продолжают оставаться противоречивыми и дискуссионными.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение закономерностей формирования и динамики развития суицидального поведения, обусловленного психическими расстройствами, анализ особенностей оказания суицидологической помощи и разработка эффективных лечебно-профилактических и психосоциальных мероприятий для предупреждения самоубийств.

Материалы и методы исследования. Будут изучены 150-200 больных в возрасте от 18 до 50 лет (100-150 основная группа, 50 контрольная группа (здоровые люди - добровольцы, рабочие, служащих, из числа учащихся студентов).

Для решения поставленных задач будут обследованы лица, находившиеся после суицидальной попытки в токсикологическом, нейро-реанимационном и ожоговом отделениях Андижанского филиала РЦЭМ, а также по данным архивные данные судебно-медицинских освидетельствований.

Результаты исследования. Изучение особенностей пре-суицидального периода у лиц, страдающих психическими расстройствами, показало:

Пре-суицидальный период преимущественно носил аффективно напряженный характер (90,2%) и чаще встречался у пациентов с невротическими и личностными расстройствами, органическим поражением головного мозга. Аффективно-редуцированный вариант пре-суицида (9,8%) регистрировался у суицидентов с эндогенной психической патологией.

Выявленное преобладание хронического пре-суицидального периода (58,4%>), против острого (38,5%) и подострого (3,1%) течения свидетельствует о недостаточной профилактике суицидального

поведения, тем более что 34,3% суицидентов обращались за помощью к психиатру в течение года накануне совершения СП.

В пре-суицидальном периоде у всех суицидентов отмечались анти-витальные переживания, осознанное желание совершить СП и утрата роли анти-суицидальных факторов.

В отличие от группы ГСП, в группе ГНС преобладали: нежелание жить (40,6% против 10,5%>), неприятие мер к сохранению жизни (47,8% и 15,8%), выраженное желание совершить СП (92,1% и 59,6%), неотступное желание смерти (36,3% и 19,3%»), охваченность суицидальными идеями (53,6% и 19,3%), желание положить конец своим страданиям (53,6% и 15,8%).

В группе ГСП чаще не прогнозировался исход суицидальных действий (11,2%, против 47,8%) в группе ГНС), сохранялся контроль над суицидальными мыслями (40,4% и 72,5%), преобладали избегание и манипуляция (78,9% и 46,4%), отмечалось восприятие сдерживающих от СП обстоятельств (15,9%, и 84,1%).

Изучение характеристик суицидальных попыток позволяет оценить серьезность суицидального акта, степень суицидального риска, прогнозировать динамику течения суицидального поведения.

Среди способов СП преобладали само-ранения (39,1%), характерные для мужчин и самоотравления (33,4%), типичные для женщин. Реже встречались само-повешения (19,9%), падения с высоты (5,1%), само-утопления (1,9%).

Самоотравления чаще встречались в 26-30 лет (23,6%), само-повешения - в 31-35 лет (23,8%), само-ранения в 16-20 лет (17,7%) и 21-25 лет 25,7%), падения с высоты - в 56-60 (38,9%) и 16-20 лет (27,8%), само-утопления в равных долях представлены в 16-20 и 56-60 лет.

У больных с органическим поражением головного мозга и расстройствах личности преобладали само-ранения (81,8 и 47,3%), при аффективных и невротических расстройствах - самоотравления (44,4 и 43,1%, соответственно). При шизофрении обнаруживался весь спектр изучаемых способов СП, с преобладанием само-ранений (25,0%) и самоотравлений (21,7%).

В группе ГСП преобладали само-ранения (47,3%). Вдвое реже встречались самоотравления (24,6%) и само-повешения (21,1%). В группе ГНС превалировали самоотравления (43,3%) и само-ранения (30,0%), нередко проникающего и огнестрельного характера (9,7%). При само-повешениях (18,7%), у большей части пациентов, требовалось проведение реанимационных мероприятий.

38,8% суицидентов задолго до реализации суицидального акта сообщали о своих намерениях. В 40,1% случаев суицидальные действия производились в присутствии других лиц, из них 96,9% из группы ГСП. Максимально скрывали свои намерения 36,2% из группы ГНС и 12,3% из ГСП. Большая часть суицидентов каждой из групп, при обнаружении суицидальных замыслов ближайшим окружением, отступали в осуществлении своих намерений - 61,4% из ГСП и 56,5% из ГНС.

При высоком суицидальном риске предпочтительными оказались трициклические антидепрессанты, а из группы СИОЗС - препараты с выраженным противотревожным действием (флувоксамин, пароксетин). Хороший терапевтический эффект показали атипичные антипсихотики (клозапин, оланзапин, палиперидон, кветиапин), обладающие серотони-нергическим действием.

При низком суицидальном риске предпочтительно назначение атипичных антипсихотиков, селективных антидепрессантов с умеренным тимоаналептическим действием, минимальным количеством нежелательных лекарственных явлений, не требующие титрации доз, без выраженного седативного и анксиолитического эффектов.

В профилактической психофармакотерапии (назначении антидепрессантов и нормотимиков) нуждается 70% суицидентов. При высокой степени суицидального риска длительность терапии должна составлять от 6-8 месяцев до года и более, при низком суицидальном риске - от 3-4 недель до 6-8 месяцев.

Выявлены типичные ошибки курации суицидентов: недоучет изменений в психическом статусе больного, редкие осмотры суицидентов, неверная оценка суицидального риска, неадекватная психофармакотерапия, недооценка нежелательных лекарственных явлений (гиперседации, акатизии), преждевременная отмена строгого надзора за больным при сохранении суицидальных тенденций, нарушение охранительного психологического режима.

Вывод. Полученные данные доказали важность учета комплекса анамнестических сведений, социальных условий, личностных характеристик, что позволяет наряду с клиническими особенностями определять риск развития суицидального поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами.

Выявленные закономерности формирования, динамики и структуры пост-суицидального периода легли в основу определения терапевтического и социального прогноза.

Предложенные подходы к организации суицидологической помощи способствуют оптимизации терапии, профилактики и реабилитационных мероприятий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОСТАГЛАНДИНОВ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ И ИНДУЦИРОВАНИЯ РОДОВ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ

Обидов М., студент 3-курса фармакологического факультета

Научный руководитель: Туйчиев Г.У.

*Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Для научного и практического акушерства большое значение имеет изучение особенностей формирования организма беременной женщины к родам при физиологическом и осложненном течении беременности.

Цель исследования. Оценить безопасность и эффективность применения простагландина Е₁ для подготовки организма беременной к родам и стимуляции родовой деятельности в различных акушерских ситуациях.

Материалы и методы исследования. Нами проведена подготовка беременных к родам путем назначения мизопростола в дозе 50 м/кг, вводимого интравагинально 106 беременным в III триместре беременности. Срок гестации 103 пациенток соответствовал 39–40 неделям. У всех беременных было отсутствие биологической готовности к родам (незрелая шейка матки), что и послужило основанием начала индукции, причем у 3 беременных срок гестации соответствовал 36–37 нед., в этих случаях показанием к досрочному прерыванию беременности послужил длительно текущий гестоз средней степени. Пациентки были сопоставимы по возрасту, паритету и гинекологическому анамнезу.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований было установлено, что срочные роды были у 99 (93,3%) рожениц, преждевременные роды произошли у 3 (2,8%) и запоздалые роды - у 3 (2,8%).

При изучении общей продолжительности родов после применения мизопростола в дозе 50 м/кг интравагинально последняя у первородящих составила $7,1 \pm 0,3$ ч. При этом продолжительность родов $6,1 \pm 0,3$ ч. была у 16 женщин. Максимальная длительность родового акта составила $8,7 \pm 0,05$ ч.

Состояние зрелости шейки матки после введения препарата оценивали по шкале Бишопа. Как показало исследование, «зрелая» шейка матки определялась уже через несколько часов (2–3 ч.) после начала индукции у 65 (59,6%) женщин, у 18 (16,5%) - IV степень зрелости шейки матки отмечена через 4–5 ч. после начала индукции. У оставшихся 26 (23,8%) пациенток «зрелая» шейка матки отмечена через 6 ч. после введения препарата.

Представляет большой интерес время возникновения регулярных схваток после однократного введения 50 м/кг мизопростола. Менее чем в течение 2 часов с момента индукции мизопростолом регулярные схватки возникали у 67 (63,2%) женщин, из них 56 пациенток были первородящими, что составляет 52,8%, а свыше 2 часов – у 38 (35,8%), из них 26 были первородящими, что составляет 24,5%. Таким образом, у 2/3 пациенток возникновение регулярной родовой деятельности наблюдается в течение первых 2 ч. после интравагинального введения 50 м/кг мизопростола.

Как показало исследование, частота несвоевременного излития околоплодных вод составила 38 (35,8%). Слабость родовой деятельности отмечена в 9 случаях (8,09%), этим пациенткам применена дополнительная родостимуляция введением в/в окситоцина. Существенно отметить, что гиперстимуляции матки не было ни у одной пациентки.

В результате проведенной индукции родов появились 106 новорожденных, 3 (2,08%) недоношенных с признаками гипотрофии, связанной с гестозом средней степени.

Дети, рожденные в результате «чистой» простагландиновой индукции, оценены в среднем на 8 / 8 баллов по шкале Апгар, что соответствует нормативным показателям. Адаптационный период протекал без осложнений, и на 5–6-е сутки они были выписаны в удовлетворительном состоянии домой. Новорожденные, появившиеся на свет в родах, где дополнительно была применена родостимуляция окситоцином 9 (8,09%), также находились в удовлетворительном состоянии и были оценены на 7 / 8 баллов по Апгар. Однако адаптационный период в этой группе протекал с некоторыми осложнениями. Так, травматизация головки плода отмечена у 2 (22,2%) новорожденных, в связи с чем эти 2 новорожденных были выписаны на 7–8-е сутки, у оставшихся 7 детей период адаптации протекал без патологических отклонений. 3 недоношенных ребенка с признаками

гипотрофии на 5-е сутки были переведены в отделение дохаживания.

Послеродовой и ранний послеродовой периоды у пациенток исследованной нами группы протекал благополучно, без каких-либо осложнений. Гипо- и атонического кровотечения не отмечено ни в одном случае. Все родильницы выписаны на 5–6-е сутки после родов.

Клинический анализ течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного ребенка показывает, что подготовка беременных к родам назначением интравагинального введения мизопростола при незрелой шейке матки оказалась эффективной у большинства беременных женщин. При этом существенно отметить, что имеет место одновременное быстрое созревание шейки матки и вступление в роды в течение ближайших 2 ч. у 2 / 3 пациенток.

Вывод. 1. Применение ПГ Е₁ позволяет:

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

- эффективно и в достаточно короткий срок проводить подготовку беременных к родам;
- успешно проводить родовозбуждение при отсутствии неблагоприятного влияния на состояние матери, плода и новорожденного;
- эффективно индуцировать родовую деятельность у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод, особенно при незрелой шейке матки.

2. Применение ПГ Е1 является безопасным у беременных с разной степенью акушерского риска и позволяет ограничиться стандартными методами наблюдения за состоянием матери, плода и течением родового акта.

3. Низкая стоимость препарата делает его широко доступным для беременных и рожениц, снижает затраты на медикаментозное обеспечение родов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА МАГНЕ В6 ПРИ ДИСМЕНОРЕЕ

Одилбекова М.- студентка 4 курса

*Научный руководитель: Мамажанова С.О., Кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблемы дисменореи обусловлена широтой ее распространенностью в популяции, частота которого достигает 5-92%. Широкий диапазон распространенности обусловлен отсутствием стандартизированных тестов оценки степени болезненности менструации и субъективного подхода врачей.

Цель. Определение эффективности препарата Магне В6 для коррекции гормонального баланса при первичной дисменорее.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности и безопасности магне В6 при применении его в дополнение к гормонам и НПВС в лечении первичной дисменореи. Магне В6- таблетки покрытые оболочкой, действующими веществами которого являются магния лактата дигидрат - 470 мг; пиридоксина гидрохлорид - 5 мг;

Материалы и методы исследования. Настоящее клиническое проспективное исследование проводилось на кафедре акушерства и гинекологии на базе 2-городского родильного комплекса. В исследование были включены 50 девушек в возрасте от 13 до 18 лет с первичной дисменореей. Девушек разделили на 3 группы по степени тяжести течения заболевания. Пациентки первой группы легкой степени тяжести составляют 14%(n=7). Пациентки второй группы средней степени тяжести составляют 48%(n=24). Пациентки третьей группы тяжелой степени тяжести составляют 38%(n=19) пациентки всех групп. Переменными эффективности считали жалобы пациенток (наличие/отсутствие головной боли, тошноты, рвоты, запора или поноса); лабораторные показатели (уровень магния).

Результаты исследования и обсуждения. Данные лабораторных исследований у всех женщин свидетельствовали о снижении концентрации магния в крови, изменение гормонального фона.

Уровень магния в крови у пациенток первой группы составила 0,8 ммоль/л, второй группы 0,7 ммоль/л, третьей группы 0,6 ммоль/л. 70 % девочек с дисменореей имеют дефицит магния и гормональный дисбаланс, подтвержденный клиническими и лабораторными испытаниями.

Для лечения первой группы использовали нимид по 1 саше 2 раза в день, магне В6 по 1 таблетки 2 раза в день, для лечение второй группы нимид по 1 саше 2 раза в день, магне В6 по 2 таблетки 3 раза в день, для лечение третьей группы нимид по 1 саше 2 раза в день, магне В6 по 2 таблетки 3 раза в день, новинет по схеме пациенткам старше 15 лет.

Вывод. Применение препарата Магне В6 в дополнение к гормонам и НПВС в лечении дисменореи является разумным в качестве нормализации гормонального статуса и состояния соединительной ткани репродуктивной системы у девушек.

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Одилбекова М.М.

*Научный руководитель: Мамажонова С.О.
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
Андижанского Государственного Медицинского Института*

Предменструальный синдром – симптомокомплекс, который развивается во второй фазе менструального цикла и проявляясь нервно-психическими, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями.

Этиология и патогенез ПМС до настоящего времени остаются не полностью изученными. Существует несколько теорий, объясняющих его возникновение.

Комплексное изучение этиологических факторов, преморбитного фона, функционирования системы гипоталамус-гипофиз-яичники-надпочечники, свидетельствуют о первичном участии гипоталамуса в

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

возникновении ПМС. Можно считать, что ПМС это проявление недостаточности адаптационной системы организма на уровне гипоталамус-гипофиз-яичники-надпочечники.

Цель исследования является изучение эффективности препарата Палора в лечении предменструального синдрома.

Материалы и методы: Нами проведено наблюдение за 75 женщинами в возрасте от 20 до 43 лет, которые находились на лечении в клинике внутренних болезней по поводу разных форм патологии, у которых при сборе анамнеза был диагностирован ПМС. Длительность ПМС колебалась от 2 мес. до 10 лет.

Все больные, в зависимости от проведенной медикаментозной коррекции нервно-психических расстройств, были распределены на три группы, сравниваемые между собой по возрасту, длительности и тяжести ПМС. В первую (основную) группу вошло 28 больных, которые получали препарат Палора по 1 таблетке 2 раза в день 15 дней во вторую фазу менструального цикла.

Вторую группу составили 25 больных, которые получали настойку пустырника, настойку или экстракт валерианы, настойку пиона как седативные средства.

В группу сравнения вошли 22 обследованных женщины с аналогичными заболеваниями, которые получали лишь базовую терапию основного заболевания, а также плацебо. Длительность лечения составляла от 15 до 20 дней. Эффективность лечения оценивали на основе клинического наблюдения. Критерием эффективности лечения служило полное и стойкое исчезновение патологических симптомов.

Был проведен мониторинг регресса основных субъективных и объективных симптомов, которые наблюдались у больных, после 1 курса лечения.

Выяснилось, что улучшение вегето-сосудистой симптоматики в 1 группе исследуемых (которые принимали препарат Палора) наблюдалось у 83-100% пациентов, при этом ощущение озноба исчезло у всех пациентов, а головные боли, приливы жара, головокружение, повышенная утомляемость, расстройства сна эффективно устранялись у большинства больных.

Кроме того, очень важно отметить, что позитивный эффект наступает уже на 3-5 день от начала лечения. Это гораздо быстрее, чем у больных II и III группы пациентов, которые принимали седативные препараты растительного, что значительно уступает показателям у пациентов I группы. У больных III группы показатели улучшения составили 5-16%. В III группе эффект наступил только после 20 дней лечения основного заболевания, что усиливало проявления симптомов ПМС. Психопатологическая симптоматика у пациентов, принимающих препарат Палора практически исчезла (96-100% эффективность), в то время как у пациентов II и III групп эффективность терапии была значительно хуже, соответственно 36-40% и 15-29%.

Регресс симптоматики, указывающей на дезадаптации больных, которые принимали препарат Палора был выше (90-92% эффективности), чем у пациентов II (35-42%) и III (18-25%) групп (рис.3).

После I курса лечения препарат Палора нервно-психические проявления при ПМС были выше устранены полностью у 25 больных (89,3%) У 7 женщин, которые раньше (на протяжении нескольких месяцев или лет) безуспешно лечились другими средствами, эффект от терапии препарат Палора был менее выраженный, и связи с чем препарат назначали в 3 раза в сутки, и после этого наступал выраженный позитивный эффект. Отмечалась хорошая переносимость препарата, и никаких побочных эффектов не наблюдался.

При лечении больных II группы позитивный результат отмечался у 14 больных (43%), что значительно уступало результатам лечения больных I группы. При этом в основном исчезали проявления вегето-сосудистых нарушений.

Лечение больных III группы, не включающее седативные препараты, только в 23,3% случаях (6 больных) предупреждало нервно-психические проявления ПМС.

Выводы: Препарат Палора эффективное средство для лечения предменструального синдрома, который в основном проявляется астено-невротическими и вегетативными нарушениями. Эффективность лечения препаратом составила 89

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Мамажанова С.О.

Андижанский государственный медицинский институт.

Кафедра акушерства и гинекологии

Цель: оценка влияния избыточной массы тела и ожирения на течение и исходы беременности

Материалы и методы:

Проведен анализ 60 ти историй родов, женщин поступивших во 2 родильный комплекс города Андижан в течение 2 лет.

Все женщины были разделены на 3 группы.

I- 20 беременные с нормальной массой тела (ИМТ от 18 до 24,9 кг/м²)

II- 20 с избыточной массой тела ИМТ от 25 до 29,9 кг/м²

III- 118 беременные с ожирением 30 кг/м² и более.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Всем пациенткам проводили клинические и лабораторно-инструментальные исследования в соответствии с имеющимися стандартами ведения беременных.

Проводилась оценка течения беременности и родов. Средний возраст пациенток I группы составил $23 \pm 2,7$, II группы $26 \pm 3,1$, III группы $30 \pm 4,7$.

В группе пациенток с нормальной массой тела-число первобеременных 14 (70%) во II группе – 6 (30 %), в III группе 7 (35%). Изучение акушерского-гинекологического анамнеза показало, что у беременных с ожирением бесплодие встречалось чаще (30 %), чем у женщин с нормальной – 1(5%) и избыточной массой тела 3 (15%). В течение настоящей беременности в I группе осложнялось гипертензивными состояниями -6 (35%), угрозы прерывание беременности -10 (50%), ранний токсикоз – 10 (50%), угрожающие состояния плода -2 (10%). Во II и III группах ранние токсикозы соответственно 10 (30 %), 7 (35%), угроза прерывания беременности 12 (60%), и 11 (55%), гипертензивные нарушения 11 (55%) и 16 (80%), угрожающие состояние плода в обеих группах – 8 (40%). Роды в первой группе закончились самопроизвольно без осложнений у 17 женщин (85%), кесарево сечение у 3 (15%), мертворождений не было. Во второй группе преждевременные роды 8 (40%), самопроизвольные роды 16 (80%), кесарево сечение 4 (20%), гипотония матки у 6 (30%), мертворождения у 4 (20%). В третьей группе преждевременные роды 8 (40%), самопроизвольные роды 15 (75%), кесарево сечение 5 (25%), кровотечения в раннем послеродовом периоде 6 (30%), мертворождения 4 (20%).

Вывод. Таким образом течение беременности и родов у женщин с избыточной массой тела и ожирением достоверно чаще осложняется преждевременными родами, преэклампсией и кровотечением в послеродовом периоде.

ВНЕДРЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Выполнила: Одилова Д.З, студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Каримов А.Х.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Развитие высокими темпами в современном мире высокотехнологичной медицины предъявляет повышенные требования к качеству оказания медицинских услуг. Качество медицинской помощи и качество жизни пациентов должны лежать в основе оценки как профессиональной деятельности отдельных специалистов и учреждений, так и уровня здравоохранения в целом. В США 98 тыс. случаев смерти в год, которые происходят из-за врачебных ошибок.

Цель исследования. Внедрит обучение на основе симуляционных технологий в учебный процесс медицинского вуза.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач, на базе Андижанского государственного медицинского института мы использовали следующие методы:

1. обучающие знаниям тренажеры - электронные учебники с использованием мультимедийных средств, что значительно повышает усвояемость учебного материала;
2. контролирующие тренажеры - программы тестирования для проверки теоретических знаний по предмету, темам практических и лабораторных работ; используются для самостоятельного обучения, самоподготовки и в качестве допуска к выполнению практикума;
3. обучающие умениям тренажеры - мультимедийные анимационные имитаторы, воспроизводящие реальную работу технических устройств, позволяют подробно изучить оборудование, отработать навыки работы с ним.

Результаты исследования. Показаны и определены основные преимущества использования тренажеров-симуляторов, которые позволяют студенту-медику представить объект исследования и выполнить практические действия с ним без его непосредственного участия, самостоятельно задавать исходные параметры проводимого исследования и регистрировать соответствующие изменения результатов эксперимента, анализировать, выявлять закономерности и делать выводы, при необходимости неоднократно повторяя попытки.

Результаты анкетирования показали, что 93,3% респондентов имеют опыт работы в научно-исследовательских проектах, в качестве руководителей научных проектов – 6,7 % ППС. На вопрос о важности практического применения результатов научных исследований в образовательном процессе: 51,1% - отметили, что это определяющий момент для применения научно ориентированного подхода в образовательном процессе; 23,3% - ответили, что исследования в образовательном процессе имеют «... чисто научный интерес».

Результаты анкетирования обучающихся показали, что студенты положительно относятся к использованию симуляционных тренажеров и манекенов на практических занятиях, предпочитают проводить обучение в специальном симуляционном центре. В тоже время, по результатам анкетирования 26% студентов не проходили обучение в симуляционном центре. Из числа обучающихся, прошедших

обучение в симуляционном центре по результатам анкетирования в 73% случаях отметили важность высокого уровня реалистичности симуляционного обучения. 81% обучающихся считают, что полученные в симуляционном центре навыки будут применены ими в клинической практике.

В рамках второго этапа разработана структурная единица симуляционной образовательной программы - симуляционный образовательный тренинг. Каждый тренинг состоит из нескольких этапов, включающих как пассивные, так и активные формы обучения. Согласно плану научного проекта разработанные тренинги будут протестированы и внедрены в учебный процесс студентов 2-3 курса специальности «Общая медицина».

В рамках первого этапа был проведен поиск доказательной информации по развитию научно-исследовательских компетенций ППС и обучающихся, эффективности симуляционного обучения в клинической подготовке по различным литературным источникам (базы данных, научных журналов, сайтов и руководств). Для надлежащей подготовки к клинической практике необходимо раннее вовлечение обучающихся в профессиональную среду, что позволит приобрести соответствующий клинический опыт и компетенции.

Вывод. Таким образом, технология симуляции, безусловно, является коммуникативной, поскольку предполагает установление контакта и взаимодействие между участниками образовательного процесса. Информация, проникая в сознание, инициирует его активную работу и, как следствие, запускает обратный информационный процесс, ответную реакцию, действие.

Правильно организованное имитационное обучение все шире внедряется, как дополнительный этап медицинского образования, позволяющий повысить качество подготовки медицинских специалистов. При симуляционном обучении профессиональный навык может повторяться многократно до выработки его уверенного выполнения и полного устранения ошибок. И конечно, внедрение системы симуляционного обучения дает целый ряд преимуществ для здравоохранения и медицинского образования в целом. При этом следует отметить, что симуляционные методики не смогут заменить весь объем практической деятельности студентов-медиков, особенно ее клиническую часть, обеспечивающую непосредственный опыт взаимодействия с пациентами. Однако разумное сочетание симуляционных технологий обучения и клинической работы позволит повысить уровень подготовки и профессионализм будущих докторов, а также эффективность оказания медицинской помощи населению в будущем.

КОМПЛЕКСНОЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫХ СИНДРОМОВ

Выполнила: Одилова Д.З, студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Салиев М.М., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Подходы к клиничко-психопатологической дифференциации ОКР в настоящее время разработаны недостаточно. Сравнительная бедность ведущих клинических проявлений, которая исчерпывается симптомами obsessions и compulsions, побуждает исследователей искать решения этой задачи. Традиционно с этой целью используется подход, который опирается на оценку этиологических факторов и характера течения ОКР. Однако, наряду с этим, предпринимаются попытки использовать для дифференциации ОКР ряд дополнительных клинических признаков. К ним относятся: характер ключевых переживаний, выявляемых при психопатологическом изучении obsessions и compulsions, возраст начала заболевания, наследственность.

Цель исследования. определить синдромальную структуру obsessive-compulsive расстройства, влияние аффективных, эндогенно-процессуальных и органических нарушений, личностных и когнитивных аномалий на его динамику, а также выработать дифференцированные рекомендации для терапии этого расстройства.

Материалы и методы исследования. Изученную выборку составили 84 пациента (23 женщины, 61 мужчина; средний возраст $31,6 \pm 11,04$ года) из числа проходивших стационарное и/или амбулаторное лечение в АОПНД. Из исследования исключались лица моложе 17 года и старше 65 лет, лица с тяжелой соматической патологией и тяжелым органическим поражением ЦНС.

Результаты исследования. Obsessive-compulsive расстройство неоднородно и включает несколько взаимосвязанных психопатологических синдромов, которые различаются между собой по типу и функциональному значению навязчивостей, возникновению и динамике основных клинических проявлений, структуре когнитивного дефицита, а также особенностям личности и когнитивного личностного стиля. Только малосимптомный вариант ОКР выражается неспецифическими, разнородными и ограниченными по содержанию навязчивостями, которые возникают преимущественно в структуре аффективных и личностных расстройств.

Синдром навязчивостей завершенности действий определяется преобладанием в клинической картине obsessions и compulsions симметрии и порядка, а также compulsive ритуалами повторения и

компульсивным счетом. Ключевые переживания больных при этом варианте ОКР характеризуются стремлением к чувству «завершенности» или «правильности» совершаемых действий, что психопатологически связано с патологической интроверсией, затрудняющей формирование адекватной обратной связи.

Синдром навязчивостей безопасности характеризуется компульсивными проверками, obsссиями загрязнения, некоторыми видами obsссий религиозного содержания, а также obsссиями дисморфофобического и/или ипохондрического содержания. Ключевые переживания у больных с этим синдромом ОКР отражают потребность в безопасности, которая сопряжена с несбалансированной оценкой реальности, что психопатологически связано с выраженными тревожно-депрессивными расстройствами и невротической структурой личности больных.

Синдром навязчивостей запретных побуждений включает навязчивости контрастного содержания, а также сексуальные obsссии. Ключевые переживания больных при данном варианте ОКР связаны с социальными запретами, которые определяют основы их психологической идентичности. Психопатологические механизмы этого варианта ОКР сопряжены с глубокими расстройствами личности, нарушением процессов осознания и реализации побуждений, перцептивными расстройствами и общей психической дезорганизацией.

Синдром навязчивостей обладания характеризуется компульсивным собиранием, хранением и невозможностью расстаться с материальными объектами. Ключевые переживания обладания у больных этой категории отождествляются с ощущением безопасности, постоянства и целостности собственного «Я», что психопатологически сопряжено с социальными страхами, незрелым самосознанием и несбалансированной самооценкой.

Синдром двигательных навязчивостей с тиками характеризуется компульсиями, которые взаимосвязаны с произвольными двигательными актами. Ключевые переживания при данном варианте ОКР отождествляются с безотчетной тревогой и телесным дискомфортом, что психопатологически связано с низкой рефлексией и экспрессивностью произвольного поведения таких больных.

Динамика описанных синдромов ОКР имеет существенные различия, что выражается в разном возрасте возникновения навязчивостей, неодинаковой нозологической принадлежности, формах течения и исходах.

Для двигательных компульсий с тиками, навязчивостей завершенности действий и, отчасти, навязчивостей запретных побуждений характерен ранний возраст возникновения, связь с патохарактерологическими личностными особенностями и нарушениями психического развития, отвергающим типом детско-родительских отношений в детстве, а также органическими и эндогенно-процессуальными заболеваниями.

Для навязчивостей безопасности и обладания характерен более поздний возраст появления, связь с невротической структурой личности, контролирующим характером детско-родительских отношений, тревожными и аффективными психическими расстройствами.

Формы течения и исходы различных вариантов ОКР в большой степени определяются нозологической природой симптоматики, в первую очередь, органическими заболеваниями, шизофренией или аффективными расстройствами.

Obsсивно-компульсивные синдромы сопровождаются различными вариантами когнитивных нарушений. Так, при навязчивостях запретных побуждений отмечаются нарушения исполнительных функций, при навязчивостях безопасности - функций контроля, а при компульсиях с тиками — нарушения и исполнительных, и контролирующих функций. Для больных с obsссиями обладания в большей степени характерны когнитивно-стилевые нарушения в виде низкой способности к категоризации явлений реальности, что указывает на низкую дифференциацию присущих больным эмоциональных оценок.

Дифференцированная терапия синдромов ОКР должна проводиться с учетом их психопатологической структуры и нозологической принадлежности, а также учитывать их динамику. Наряду с фармакотерапией большое значение имеет развитие у больных адекватных коммуникативных навыков, способов эмоционального отреагирования, компенсация когнитивного дефицита, гармонизация личности и когнитивно-стилевых особенностей.

Вывод. Все сказанное позволяет наметить дифференцированные терапевтические рекомендации для лечения различных вариантов ОКР. В частности, при лечении навязчивостей завершенности важнейшими терапевтическими целями является формирование коммуникативных навыков и возможностей, развитие навыков адекватного восприятия и реагирования на обратную связь. При этом большое значение имеет улучшение способности больных как описательной, так и объектной категоризации.

ИЗМЕНЕНИЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ойбекова Г.С.

*Научный руководитель: -к.м.н., доцент Вахабов Б.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

В настоящее время известно, что частота гипертензии в общей популяции составляет около 15%, а если включить в это число лиц с пограничной артериальной гипертензией, то доля населения планеты с повышенным артериальным давлением возрастет до 25%, а среди людей в возрасте старше 65 лет – 50% и более. Столь широкая распространенность артериальной гипертензии обуславливает тот факт, что данная группа заболеваний является одной из ведущих причин трудопотерь, инвалидизации и смертности населения.

Целью исследования явилось изучение особенностей состояния нейрогуморальной системы при формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста.

Обследовано 45 лиц мужского пола в возрасте от 25 до 44 лет, средний возраст $34,8 \pm 2,4$ года, проведены физикальные (измерения роста, массы тела, окружности талии, расчет индекса массы тела), лабораторные (липидный спектр крови, определения суточной экскреции катехоламинов: адреналина, норадреналина по методу В.Большаковой), инструментальные (электрокардиография в покое и при функциональной нагрузке, эхокардиография, определение офисного артериального давления (АД) и суточное мониторирование АД) и статистические методы исследования.

Установлено, что ведущим звеном в формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста, является изменение особенностей суточного профиля артериального давления, изменений частоты сердечных сокращений в период ночного сна, изменения суточной экскреции катехоламинов адреналина (А), норадреналина (НА). Исследования показали, что наибольшие изменения суточной экскреции катехоламинов отмечается в группе исследуемых с ярко выраженными изменениями суточного профиля. Нами выявлена взаимосвязь неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и достоверно более высокая частота в ней нарушений регуляции АД.

Таким образом, охарактеризованы особенности суточного профиля АД у лиц молодого возраста на начальных этапах формирования ГБ, исследована их динамика в течение года, выявлены неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и более высокая частота в ней нарушений регуляции АД. Комплексное исследование методов ранней диагностики артериальной гипертензии у молодых лиц позволит своевременно выявлять молодых людей на ранней стадии заболевания. Полученные данные могут явиться основанием для дальнейшей разработки вопросов прогноза развития и течения ГБ у лиц молодого возраста.

АНАЛИЗ БЕЛКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Олимжонов Б. - студент 1 курса лечебного факультета
Научный руководитель: Касимова Н.Дж. к.м.н., доцент
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Фибрилляция предсердий классифицируется мировым медицинским сообществом как одна из трех сердечно-сосудистых «эпидемий XXI века», наряду с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом. Было обнаружено, что фибрилляция предсердий является независимым предиктором смерти. Чаще всего фибрилляция предсердий возникает при различных нозологических единицах ишемической болезни сердца.

Цель исследования. Изучить и проанализировать параметры окислительного стресса белков и липидов у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования. Обследовано 85 пациентов с фибрилляцией предсердий, разделенных на группы в зависимости от формы фибрилляции предсердий (пароксизмальная, постоянная) и наличия или отсутствия сочетанной патологии в виде стенокардии напряжения (СТН). Контрольную группу составили соматически здоровые люди (30 человек). Статистически значимых различий по полу и возрасту между группами пациентов с фибрилляцией предсердий и соматически здоровыми лицами не выявлено.

Результаты исследования. Изучены и проанализированы параметры белково-липидного окислительного стресса у 85 пациентов с фибрилляцией предсердий ишемического происхождения, сопровождающейся стенокардией и без нее. У пациентов как с пароксизмальной, так и с постоянной фибрилляцией предсердий было обнаружено снижение активности медь / цинк-зависимой и общей супероксиддисмутазы, что отражает угнетение антиоксидантной защиты организма. Выявленное усиление перекисного окисления белков было наиболее выражено в группе пациентов с постоянной формой

фибрилляции предсердий со стенокардией напряжения. Полученные данные указывают на роль сниженной антиоксидантной защиты и процессов перекисного окисления белков в дестабилизации ишемической болезни сердца.

Заключение. В результате анализа уровня белково-липидного окислительного стресса у пациентов с пароксизмальной и стойкой формой фибрилляции предсердий в сочетании со стенокардией и без нее было обнаружено снижение активности СОД и ЛС. CuZn-SOD у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, независимо от наличия стенокардии. При этом наиболее выраженное снижение уровня СОД наблюдалось в группе пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий. Зависимости общей активности СОД от наличия стенокардии напряжения в группе пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий не обнаружено. Повышение продуктов окислительного стресса и уровня AORR у пациентов с пароксизмальной и стойкой фибрилляцией предсердий чаще выявляется в группах пациентов в сочетании со стенокардией. Полученные данные указывают на роль сниженной антиоксидантной защиты и процессов перекисного окисления белков в дестабилизации ишемической болезни сердца.

РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ

*Олимжонов Б. - студент 1 курса лечебного факультета
Научный руководитель: Примкулова Г.Н. ассистент.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В последние десятилетия вопросы коморбидности в клинике внутренних болезней являются серьезной проблемой практического здравоохранения. Коморбидные состояния в клинике внутренних болезней вызывают большой интерес исследователей в связи с увеличением распространенности взаимно обременительного заболевания, изменением клинической картины одного заболевания под влиянием другого и ухудшением прогноза.

Один из таких маркеров - гомоцистеин. Установлено, что повышение концентрации гомоцистеина - гипергомоцистеинемия, имеет ведущее значение в патогенезе развития и прогрессирования атеросклероза, ишемической болезни сердца, хронической обструктивной болезни легких и др.

В связи со всем изложенным актуальность изучения гипергомоцистеинемии при сердечно-легочной коморбидности: инфаркте миокарда на фоне хронической обструктивной болезни легких не вызывает сомнений.

Цель исследования. Изучить уровень гомоцистеина и частоту гипергомоцистеинемии у пациентов с сердечно-легочной коморбидностью: инфарктом миокарда на фоне хронической обструктивной болезни легких.

Материал и методы исследования. Обследовано 146 человек, которые составили следующие группы: I группа - пациенты с инфарктом миокарда ($n = 30$); II группа - пациенты с сопутствующей сердечно-легочной патологией: инфаркт миокарда на фоне хронической обструктивной болезни легких ($n = 54$); III группа - пациенты с хронической обструктивной болезнью легких ($n = 32$) и контрольная группа - 25 соматически здоровых лиц Андижанской области ($n = 30$).

Критерии включения в исследование: наличие документально подтвержденного инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST у пациентов не ранее чем через 12 часов после приступа стенокардии, подтвержденное результатами ЭКГ, сыровоточными маркерами некроза и наличие в анамнезе хронической обструктивной болезни легких, возраст до 64 лет. В исследование не включались пациенты с инфарктом миокарда, который явился осложнением чрескожного коронарного вмешательства или операции коронарного шунтирования, а также пациенты с терминальной почечной недостаточностью (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл / мин) и диагностированными онкологическими заболеваниями. Для определения уровня гомоцистеина у испытуемых использовался метод иммуноферментного анализа с использованием коммерческой тест-системы «Axis Homocysteine» («Axis-shield Diagnostics Ltd», Великобритания).

Письменное согласие было получено от всех пациентов и соматически здоровых лиц. Информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты исследования. У соматически здоровых людей средний уровень гомоцистеина составлял 10,5 ммоль / л с интерпроцентильными диапазонами (6,2; 14,7). В группе пациентов с инфарктом миокарда средний уровень гомоцистеина составил 13,4 (7,4; 25,4) ммоль / л, что было статистически значимо выше, чем в контрольной группе ($p = 0,031$). В группе пациентов с хронической обструктивной болезнью легких средний уровень гомоцистеина составил 33,6 (7,1; 44,4) ммоль / л, что статистически значимо выше, чем в группе соматически здоровых лиц ($p = 0,001$) и в группе пациентов с инфарктом миокарда ($p = 0,012$). При сочетании инфаркта миокарда на фоне хронической обструктивной болезни легких уровень гомоцистеина составил 44,5 ммоль / л (7,5; 52), что было статистически значимо выше по сравнению не только с группой соматически здоровых лиц ($p < 0,001$), но и с группой пациентов с инфарктом миокарда ($p < 0,001$) и пациентами с хронической обструктивной болезнью легких ($p = 0,002$).

Выводы. У пациентов с инфарктом миокарда, хронической обструктивной болезнью легких, а также у пациентов с инфарктом миокарда на фоне хронической обструктивной болезни легких обнаружено повышение уровня гомоцистеина по сравнению с группой соматически здоровых лиц. Было обнаружено, что пациенты с сочетанием инфаркта миокарда с хронической обструктивной болезнью легких имеют наибольшее повышение концентрации гомоцистеина в плазме крови по сравнению с пациентами как с инфарктом миокарда, так и с хронической обструктивной болезнью легких.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Олимжонова М., студентка 322-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Бустонов Ш.Я.

Кафедра ВОП №2

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Сердечная недостаточность характеризуется изменением структуры или функции сердца, ведущим к его неспособности доставлять кислород в соответствии с потребностью тканей, несмотря на нормальное давление наполнения.

В соответствии с современными международными рекомендациями хроническая сердечная недостаточность (ХСН) определяется как синдром, при котором у пациента имеются типичные жалобы (одышка, отеки ног, утомляемость) и симптомы (повышенное венозное югулярное давление, хрипы в легких, смещенный верхушечный толчок) в результате изменения структуры или функции сердца.

Сердечная недостаточность может проявляться как при сниженной, так и нормальной фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Здесь и далее рассматривается ХСН только со сниженной ФВ ЛЖ как наиболее часто встречающийся вариант у больных после инфаркта миокарда.

Цель исследования. Изучить возможности дифференциальной диагностики и оптимального лечения ХСН в условиях городской поликлиники.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное наблюдательное исследование пациентов, обратившихся в течение года к терапевту в поликлиники АОМГБ города Андижан.

Результаты исследования. «Мягкие» критерии диагноза хронической сердечной недостаточности (ХСН) имели 29,8% пациентов от всего годичного приема кардиолога поликлиники. В результате обследования диагноз ХСН подтвержден в 50,3% случаев. У остальных пациентов, в том числе у 33,3% мужчин и 59,5% женщин, выявлены альтернативные причины жалоб: ХОБЛ (10,8%), гипотиреоз (9,2%), преходящая ишемия миокарда (9,2%), ожирение (10,3%), психогенные причины (4,3%), анемия (3,2%), аритмии (2,2%).

В 90,8% случаев дифференциальный диагноз ХСН завершен в условиях поликлиники и окружного диагностического клинического центра, и лишь 9,2% больных потребовалось дополнительное обследование в специализированном кардиологическом учреждении. Отсутствие возможности исследования мозгового натрийуретического пептида для скрининга, территориальная отдаленность и ожидание исследований в окружном клиническом центре способствовали увеличению сроков (в среднем до $101,8 \pm 88$ дней) и стоимости обследования ($8,03 \pm 2,1$ услуг диагностики на человека), а также выбыванию из исследования 36,1% пациентов с подозрением на ХСН.

Пациенты с верифицированной ХСН соответствовали по полу (равное число мужчин и женщин), этиологии, среднему функциональному классу NYHA ($2,1 \pm 0,7$) и доле лиц с низкой фракцией выброса левого желудочка (44,1%) контингенту европейского регистра EuroHeart Failure survey, но отличались более молодым возрастом ($64,8 \pm 10,6$ лет) и более высокой распространенностью артериальной гипертензии (74,2%), аналогично пациентам российского регистра ЭПОХА-О-ХСН.

Ингибиторы АПФ либо антагонисты рецепторов к ангиотензину II назначены 95%, рекомендованные р-адреноблокаторы — 91%, спиронолактон — 71%, диуретики - 90%, дигоксин - 27%, статины - 61% пациентов с ХСН. При ХСН с низкой ФВ ЛЖ целевые дозы иАПФ/АРАП и Р-адреноблокаторов достигнуты соответственно в 51% и 44%, не менее 50% от целевых доз - в 68%, целевая ЧСС - в 83% случаев, что потребовало добавления ивабрадина у 23% больных с синусовым ритмом. Осталось недостаточным применение пероральных антикоагулянтов, которые удалось назначить лишь 43,2% пациентам, имевших соответствующие показания.

Вывод. Достижению целевых доз основных рекомендованных препаратов препятствовали артериальная гипотония (39%), брадиаритмия (17%), бронхообструкция (12%), гиперкалиемия (5%), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (5%) и снижение скорости клубочковой фильтрации (2%). В среднем артериальное давление, калий и креатинин плазмы крови оставались в пределах нормы.

АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Олимжонова М., студентка 322-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Бустонов Ш.Я., Кафедра ВОП №2

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Многочисленные исследования последних лет показали, что ведущей причиной снижения продолжительности жизни при ревматических заболеваниях являются именно сердечно - сосудистые осложнения, связанные, прежде всего, с атеросклеротическим поражением сосудов и тромбозами.

Цель исследования. Определить факторы риска и иммунологические маркеры атеросклеротического поражения сосудов и связанных с ним осложнений у пациентов с СКВ и РА.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач мы обследовали 55 пациентов с диагнозом ревматоидного артрита и системной красной волчанкой в городе Андижан.

Результаты исследования. Впервые на большой группе больных СКВ и РА показана высокая частота атеросклеротического поражения сонных артерий (42,9% и 58,7%) и клинических (18,5% и 23,5%) проявлений АС, как в целом по группам, так и в зависимости от пола пациентов.

У пациентов с СКВ и РА определен комплекс ФР (традиционных и обусловленных болезнью), значимых для развития атеросклеротического поражения сосудов. Показана взаимосвязь между ФР и ССО, обусловленными АС.

У больных с аутоиммунной патологией определен диморфизм ФР развития АС и его осложнений, обусловленный полом.

Установленная ассоциация уровней вч-СРБ, pC040b, pФНО- а и неоптерина с атеросклеротическим изменением сосудов у больных СКВ и РА подтверждает их роль, как «предикторов» ССО.

Установлены различия в распространенности ССО (ИБС и ИМ), атеросклеротического поражения сосудов и ТФР у больных РА разного пола. ССО наблюдались в 4 раза, а атеросклеротическое поражение сонных артерий - в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин: 16% vs 4% и 52,2% vs 24,8%, соответственно, $p<0,001$. Аналогичные результаты получены при сравнении встречаемости ТФР ССЗ: гипер-липидемия, курение и отягощенная наследственность по ССЗ преобладали у мужчин.

Два ФР и более имели 75,4% пациентов с РА. В зависимости от количества ФР больные РА были разделены на 2 группы: I - пациенты с 1 ФР ($n=138$), II - пациенты с 2 ФР и более ($n=425$). Пациенты II группы имели большее значение медианы КИМ (среднюю и максимальную) - 0,75 мм vs 0,66 мм и 0,9 мм vs 0,8 мм, соответственно, $p<0,05$. Установлено нарастание частоты АТБ и утолщение КИМ+АТБ у пациентов с РА, имеющих 2 ФР и более, ОР развития АТБ составил 4,56 (95%ДИ 1,7-12,2, $p<0,001$); утолщения КИМ+АТБ - 2,42 (95%ДИ 1,57-3,43, $p<0,001$). Различий по ССО (ИМ, ИБС и инсульта) в зависимости от количества ТФР не отмечено. При исследовании корреляционных связей прослежена ассоциация между значениями СКР, SCORE и атеросклеротическим поражением сосудов средней толщиной КИМ ($r=0,56$ и $r=0,6$, соответственно, $p<0,001$, где здесь и далее r - коэффициент корреляции) и максимальной толщиной КИМ ($r=0,44$ и $r=0,52$, соответственно, $p=0,001$). ОР развития АТБ были значительно выше у пациентов РА с «высоким» кардиоваскулярным риском и составил по Фремингемской шкале 4,45 (95%ДИ 2,94-6,73), по шкале SCORE - 3,73 (95%ДИ 2,43-5,73) соответственно, $p<0,001$.

У больных РА прогностическая многофакторная модель максимальной толщины КИМ включала значения SCORE и СКР, возраст, пол, уровни САД, ТГ и семейный анамнез ССЗ.

Вывод: Частота клинических проявлений атеросклероза у больных СКВ выше, чем в контроле - 18,5% (ОР=9,16), у больных РА - 23,5% (ОР=4,19); ИБС выявлена у 13,2% (ОР=6,54) и 20,4% (ОР=3,64), соответственно. Атеросклеротическое поражение сонных артерий встречались у 42,9% больных СКВ и у 58,7% больных РА, ОР развития атеросклеротических бляшек в сонных артериях - 5,2 и 2,7, соответственно ($p<0,001$).

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ортиков Х., студент 3-курса фармакологического факультета

Научный руководитель: Умурзакова Н.С.

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы изменились взгляды на начальную терапию эссенциальной артериальной гипертензии (АГ), что нашло отражение во второй редакции Национальных рекомендаций по лечению АГ (2004 г.). В качестве альтернативы монотерапии АГ предлагается применение низкодозовых комбинаций двух гипотензивных препаратов.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

В настоящее время известно, что монотерапия эффективна лишь у 30–50% пациентов с АГ I–II степени по классификации ВОЗ и ВНОК. В клинических исследованиях целевой уровень артериального давления (АД) достигался у больных АГ при использовании комбинации двух (или более) препаратов: у 45% пациентов по данным исследования SHEP [2], у 62% в исследовании ALLHAT, у 66 % – STOP-Hypertension, у 80% – INVEST [5] и у 92% – LIFE.

Цель исследования. Изучить методы комбинированной терапии у больных АГ.

Материалы и методы исследования. Недавно был представлен новый мета-анализ 42 клинических исследований (общее количество включенных 68 больных АГ), в котором был сопоставлен АД-снижающий эффект комбинации любых двух препаратов из классов тиазидных диуретиков, б-блокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и антагонистов кальция с эффектом одного из препаратов комбинации.

Результаты исследования. Были проанализированы исследования факториального дизайна, в которых сравнивались 4 группы больных: монотерапия одним препаратом, монотерапия другим препаратом, комбинация двух этих препаратов и плацебо.

При использовании диуретика среднее снижение систолического АД (за вычетом снижения АД в группе плацебо) при монотерапии составило 7,3 мм рт.ст. и 14,6 мм рт.ст. в комбинации с препаратами других классов. По такой же схеме оценки в группе б-блокаторов среднее снижение систолического АД составило 9,3 и 18,9 мм рт.ст.; в группе ингибиторов АПФ – 6,8 и 13,9 мм рт.ст.; антагонистов кальция – 8,4 и 14,3 мм рт.ст. соответственно.

Ожидаемое снижение АД от сочетания двух препаратов, предполагающее аддитивный эффект, весьма точно предсказывало наблюдаемое снижение АД. Отношения наблюдаемого к ожидаемому увеличивающему снижению АД комбинации каждого класса препаратов с любым другим по отношению к эффекту одного препарата были соответственно для тиазидов, б-блокаторов, ингибиторов АПФ и антагонистов кальция: 1,04 (95% доверительный интервал {ДИ} 0,88–1,20); 1,0 (95% ДИ 0,76–1,24); 1,16 (95% ДИ 0,93–1,39) и 0,89 (95% ДИ 0,69–1,09), а по всем группам вместе – 1,01 (95% ДИ 0,90–1,12). Сравнение этих результатов с опубликованными данными других метаанализов по оценке действия различных доз этих же препаратов показало (рис. 3), что удваивание дозы препарата дает приблизительно только одну пятую от нарастающего снижения АД в случае комбинации препаратов (0,22 {95% ДИ 0,19–0,25}).

Вывод. Таким образом, при АГ, заболевании с многофакторным патогенезом, наиболее приемлемой признана терапевтическая стратегия, предусматривающая применение препаратов с различным механизмом действия, т.е. комбинированная гипотензивная терапия.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

*Ортикова Муниса Юсуфалиевна-студент 3 курса медико педагогического факультета
Научный руководитель: Тиллашайхова Мунаввар Халмухамедовна-ассистент кафедры “Акушерства и гинекологии с детской гинекологией”*

*“Акушерство и гинекологии болалар с детской гинекологией”
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

Актуальность. Согласно статистике, миома матки является одним из наиболее распространенных заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Примерно 80% всех хирургических вмешательств в области гинекологии проводится по поводу миомы, причем в большинстве случаев удаляются не только узлы новообразования, а вся матка целиком. По статистике миома матки составляет до 30 % всех гинекологических заболеваний, это заболевания обнаруживают у 20% всех женщин достигая 30 летнего возраста.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность метода ЭМА (эмболизация маточных артерий) у больных с миомой матки, также определить качество жизни женщин после проведения ЭМА миомы матки.

Материалы и методы исследования. УЗИ с ЦДК и МРТ с контрастированием являются объективными инструментальными методами для качественного и количественного определения кровоснабжения матки и миоматозных узлов до и после ЭМА миомы.

В основу настоящей работы положен анализ клинического наблюдения за 100 больными с миомой матки репродуктивного и перименопаузального возраста (от 23 до 50 лет, средний возраст которых составил $36 \pm 1,5$ лет) с клиническими проявлениями миомы, находившихся на обследовании и лечении в отделении гинекологической эндокринологии №6 Родильном комплексе.

Результаты исследования. В результате проведенных рандомизированных исследований направление на ЭМА получили 73 больные с миомой матки репродуктивного и перименопаузального возраста (от 31 до 50 лет, средний возраст $40 \pm 1,5$), с клиническими проявлениями миомы матки. ЭМА обладает высокой клинической эффективностью 90% при лечении больных как с множественной миомой матки, так и с единичной миомой, с субмукозной локализацией узлов I, II типа и шеечно-перешеечной локализацией 96%. Преимущество ЭМА заключается в одновременном влиянии на все миоматозные узлы

независимо от локализации и размеров. Качество жизни больных непосредственно после ЭМА, отсутствием инвазии, отсутствием постэмболизационного синдрома, коротким сроком госпитализации и наличием минимальных осложнений. Спустя 3—6 мес. после ЭМА миомы качество жизни больных становится сходным.

Выводы. Клиническая эффективность ЭМА при лечении миомы матки (через 12 мес.) составляет 90%. ЭМА является безопасной операцией в связи с отсутствием ишемического повреждения яичников и эндометрия. При ЭМА интраоперационные осложнения (односторонняя катетеризация маточных артерий, неполная катетеризация маточных артерий) наблюдаются в 4% случаев.

ЭМА рекомендована больным с симптомной миомой матки при всех видах локализации и расположении миоматозных узлов, независимо от количества узлов, за исключением субсерозных узлов на тонком основании.

ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕН ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Орибжонов О.Э., Тургунов Ш.Ш.

Научный руководители: Аблязов А.А., Рашидова Ш.У.

Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Стеноз поясничного отдела позвоночного канала - одна из актуальных проблем спинальной нейрохирургии. Она представляет собой тяжелое заболевание, проявляющееся нейрогенной перемежающейся хромотой, болями в нижних конечностях и пояснице. Частота выявленного поясничного стеноза составляет 5 случаев на 1000 человек.

Боли и перемежающаяся хромота часто сопровождаются парезом или пlegией в нижних конечностях, а также выраженными чувствительными нарушениями, что приводит больного к инвалидности. Консервативное лечение поясничного стеноза, широко распространенное в наши дни, дает положительные результаты на ранних стадиях заболевания.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось выявление прогностически важных клинических, рентгенологических и МРТ признаков стеноза поясничного отдела позвоночного канала.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 70 пациентов со стенозами поясничного отдела позвоночного канала на фоне кифосколиотических деформаций, проходивших лечение в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Полученные результаты исследования помогли обосновать алгоритм хирургического лечения пациентов со стенозами позвоночного канала на фоне деформации позвоночника.

Его ключевым фактором явилось именно в предоперационное планирование, детальное рентгенологическое обследование пациентов с целью выявления нестабильности ПДС, значимых нарушений сагиттального баланса позвоночника и участков стеноза позвоночного канала.

В зависимости от характеристики сагиттального профиля и предлагается формировать тот или иной хирургический подход. Клиническое применение данного алгоритма позволило добиться удовлетворительной коррекции деформации и улучшения качества жизни пациентов по всем показателям, что подтверждено результатами, полученными в III группе больных.

Обобщая результаты выполненных клинических исследований, следует отметить, что они позволили решить все задачи, поставленные в клинической части работы. Кроме того, они подтвердили достоверность и значимость сделанных анатомических обоснований, а также существенно дополнили и расширили их с позиций накопленного клинического опыта.

Вывод. Разница результатов лечения больных со стенозом поясничного отдела позвоночного канала, показывает важность разделения пациентов на группы с различной клинической симптоматикой. Данное разделение лежит в основе деления пациентов на группы и является важным моментом в выборе тактики лечения больного и метода хирургического вмешательства, в том числе, показывает возможность выполнения микрохирургической декомпрессии корешков конского хвоста и необходимость дополнительной стабилизации. На основании сопоставления клинических, рентгенологических и МРТ признаков заболевания возможно прогнозирование результатов хирургического лечения больного с поясничным стенозом.

ВЛИЯНИЕ ИНДУЦИРОВАННОГО ГИПОТЕРИОЗА НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХИМИЧЕСКИ ИНДУЦИРОВАННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Отажонов Дилфуза Отабек кизи, студентка 3 курса педиатрического факультета
Научный руководитель: к.м.н. доцент., Рахманова Санобар Сабировна
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии*

Цель. В эксперименте установить влияние медикаментозно измененного тиреоидного статуса на частоту возникновения химически индуцированных канцерогенным агентом (N-метил-N-нитрозомочевинной, МНМ) опухолей молочной железы.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проведено на 48 половозрелых лабораторных самках белых беспородных крыс (возраст 4-5 недель, масса 180–200 г). Лабораторные животные были рандомизированно распределены на 4 равные группы: 1 группа получала L-тироксин в дозе 300 мкг / 100 г 1 раз в 3 суток, 2 группа получала пропилтиоурацил в дозе 5,0 мг / 100 г 1 раз в 3 суток, 3 группа являлась условно эутиреоидной и являлась контролем МНМ-индуцированного канцерогенеза, 4 группа служила контролем. Субстанции вводилась внутривентрально через атравматичный полипропиленовый зонд согласно графику введения. Для индукции опухолей в первый день наблюдения однократно вводили МНМ в ткань каждой из 6 каудальных молочных желез: по 1 мг МНМ в 0,1 мл физиологического раствора. Через 32 недели всех животных забивали после усыпления парами эфира. Всех павших и забитых животных подвергали частичной аутопсии. Органы с опухолями или подозрениями на опухолевый рост фиксировали в 10 % формалине, а затем по стандартной гистологической методике выполняли проводку материала. Работа проведена в соответствии с этическими принципами, установленными Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей (Страсбург, 18.03.1986, 15.06.2006) и одобрена локальным этическим комитетом. Статистический анализ проводили с помощью непараметрического критерия U (Манна-Уитни).

Результаты. В результате канцерогенного воздействия МНМ в первых трех группах еще до окончания наблюдения часть лабораторных животных погибла, при этом в группе без воздействия МНМ гибель составила 8,3 %, (1 крыса), явная причина гибели лабораторного животного не установлена. По завершении эксперимента (32 недели) в группах с введением МНМ зарегистрированы множественные опухоли молочной железы: 91,7 % (31 макроскопическая опухоль) – в гипертиреоидной группе, 41,7 % (16 макроскопических опухолей) – в гипотиреоидной группе, 66,7 % (23 макроскопических опухоли) – в эутиреоидной группах (достоверность получена при сравнении гипер- и гипотиреоидных групп, $p < 0,05$). Следует отметить, что первые визуально определяемые опухоли появились на 16-й, 19-й и 24-й неделе эксперимента в гипер-, эу- и гипотиреоидной группах соответственно.

Заключение. Таким образом, медикаментозно индуцированный гипотиреоз у лабораторных животных с МНМ-индуцированными опухолями молочной железы приводит снижению частоты развития злокачественных новообразований молочной железы.

РАННЯЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

*Охунжонов Э.Р., Каримов И.К., Ойбекова Г.С., Якубов А.А. - магистры по направлению
Кардиология*

*Научный руководитель-к.м.н., доцент Вахабов Б.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

В настоящее время ожирение стало одной из наиболее важных медико-социальных проблем в мире в связи с его высокой распространенностью и существенными затратами на преодоление его последствий. Распространенность избыточной массы тела и ожирения в Узбекистане остаются на высоком уровне. Сегодня ожирение рассматривается не только как важнейший фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа (по данным Всемирной Организации Здравоохранения, избыточная масса тела и ожирение определяют развитие до 44–57% всех случаев сахарного диабета 2-го типа, 17–23% случаев ишемической болезни сердца, 17% — артериальной гипертензии. В целом ожирение по экспертным оценкам приводит к увеличению риска сердечно-сосудистой смертности в 4 раза.

Целью исследования явилось изучение характеристик факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у людей 25-44 лет, проживающих в Андижане, с ранней ишемической болезнью сердца с абдоминального ожирения (АО).

Проведен одномоментный популяционный скрининг случайной выборки населения г. Андижана в возрасте 25-44 лет. Обследовано 457 человек: 283 мужчины и 174 женщины. Эпидемиологический диагноз «ишемическая болезнь сердца» установлен согласно валидизированным эпидемиологическим (кардиологический опросник Роуза) и клинико-функциональным (запись электрокардиографии с расшифровкой по Миннесотскому коду) критериям. Ранняя ИБС выявлена у 39 человек. Сформированы

четыре подгруппы обследованных: 1-я - лица с ИБС на фоне АО (n = 24), 2-я - лица с ИБС без АО (n = 15), 3-я - контрольные по возрасту и полу лица без ИБС с АО (n = 88), 4-я - контрольные по возрасту и полу лица без ИБС и АО (n = 20). Оценены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: курение, повышенный индекс массы тела (ИМТ), наличие артериальной гипертензии (АГ), увеличенная окружность талии, сниженная физическая активность, повышенные уровни в крови холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛНП-ХС), холестерина, не связанного с липопротеинами высокой плотности (не-ЛВП-ХС), триглицеридов (ТГ).

У лиц с ИБС на фоне АО показатели ИМТ, ЛНП-ХС и не-ЛВП-ХС выше в 1,2 раза, а показатель ТГ - в 1,8 раза в сравнении с лицами с ИБС без АО. У мужчин с ИБС на фоне АО показатели ИМТ, не-ЛВП-ХС и ТГ выше в 1,3, 1,5 и 2,6 раза соответственно в сравнении с мужчинами с ИБС без АО. У лиц с ИБС на фоне АО распространенность повышенных ИМТ, уровней ЛНП-ХС, не-ЛВП-ХС и наличия АГ выше в 5,1, 1,6, 1,6 и 4,8 раза соответственно в сравнении с лицами с ИБС без АО. У мужчин с ИБС на фоне АО распространенность повышенного ИМТ и наличия АГ выше в 4,4 и 6,2 раза соответственно в сравнении с мужчинами с ИБС без АО. У обследованных лиц выявлена независимая прямая ассоциация относительного риска развития ИБС с наличием АГ (отношение шансов, ОШ, 3,368; 95% доверительный интервал, ДИ, 1,056-1,0718; $p = 0,040$), а у мужчин - с повышенными уровнями в крови ЛНП-ХС (ОШ 1,019; ДИ 1,000-1,039; $p = 0,049$) и не-ЛВП-ХС (ОШ 1,018; ДИ 1,000-1,039; $p = 0,05$).

Таким образом, у лиц с ранней ИБС (в возрасте до 45 лет), преимущественно у мужчин, развившейся в том числе на фоне абдоминального ожирения, значимыми факторами риска являются АГ и повышенные уровни в крови ЛНП-ХС, не-ЛВП-ХС, ТГ.

СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛЬГЕТИК ЛОРНОКСИКАМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Парпиева Г., студентка 3-курса фармакологического факультета

Научный руководитель: Ахматхунова М.К.

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Адекватное обезболивание лорноксикамом и промедолом в раннем периоде после операций, выполненных на органах грудной и брюшной полости, магистральных сосудах нижних конечностей, имеет место у 82 и 87% больных соответственно.

Введение лорноксикама методом постоянной внутривенной инфузии и контролируемой пациентом анальгезии у больных пожилого возраста позволяют в 45% случаев отказаться от использования опиоидных анальгетиков и характеризуется хорошей переносимостью.

Цель исследования. Лечение больных преследует 2 основные цели: уменьшение боли, которая является основным симптомом, и замедление повреждающего процесса. Механизм противовоспалительного действия НПВП обусловлен ингибированием биосинтеза PgE2 и PgI2 в очаге воспаления за счет нековалентного связывания с ЦОГ. Анальгетический эффект выражен в основном на периферии и связан со снижением чувствительности ноцицептивной системы к брадикинину, т. к. в норме синтезирующиеся в месте повреждения Pg сенсibiliзируют нервные окончания к брадикинину.

Материалы и методы исследования. Анальгетическая эффективность лорноксикама (Ксефокам®) была показана в 3-х метаанализах, включающих 13 плацебо-контролируемых исследований по оценке различных форм препарата и дозировок от 2 до 32 мг.

Включались пациенты с болью после хирургического удаления 3-го коренного зуба, с болью после расширенных операций (операции общего характера, операции на колене, послеродовая боль вследствие эпизиотомии), а также с болью в пояснице (с острым ишиасом и хронической болью в пояснице). Для сравнения в метаанализ были включены данные, полученные при применении конкурентных препаратов (ацетилсалициловая кислота, ибупрофен, напроксен, петидин, диклофенак, трамадол, кеторолак и морфин).

Результаты исследования. Результаты анализа показали, что относительно малые дозы препарата Ксефокам® обладают эффективностью, сравнимой с таковой высоких доз кеторолака и ибупрофена и средних доз морфия, и имеют большую силу воздействия, чем низкие дозы ацетилсалициловой кислоты, напроксена и ибупрофена. Для примера можно привести следующие соотношения: таблетки лорноксикама 4 мг по эффективности являются эквивалентными ацетилсалициловой кислоте 650 мг и ибупрофену 200 мг, таблетки Ксефокам® 8 мг соответствуют ибупрофену 400–800 мг и кеторолаку 10 мг. При послеоперационных болях в/в инъекции лорноксикама 8–16 мг по эффективности эквивалентны морфию 20 мг, петидину 100 мг и трамадолу 50 мг. При этом по сравнению с наркотическими анальгетиками лорноксикам не влияет на функцию дыхания, не имеет седативного, психомоторного действия, реже вызывает явления диспепсии.

Правильный выбор препарата для лечения болевого синдрома является непростой задачей, решение которой зависит от тяжести, характера, природы боли, сопутствующих заболеваний, прошлого опыта применения препаратов. Использование более безопасных и при этом наиболее эффективных лекарственных средств является основным путем рациональной фармакотерапии боли, включающей

улучшение субъективной переносимости и снижение риска желудочно-кишечных осложнений. Лорноксикам (Ксефокам®) – НПВП с выраженным анальгетическим эффектом.

Выводы. Таким образом, в свете доступных данных исследований препарат лорноксикам эффективен в лечении умеренной и сильной боли при самых разных состояниях. Доказана высокая клиническая эффективность лорноксикама при ревматоидном артрите, остеоартрите, тяжелых миофасциальных болевых синдромах, фибромиалгии, дорсалгиях, сочетанных спондилоартрозе и коксартрозе, онкологических и послеоперационных болях, а также в гинекологии. Возможно использование лорноксикама при мигрени, костно-суставных болях, связанных с переломами.

Лорноксикам оказался, по крайней мере, эквивалентен, а по данным многих исследований, и более эффективен, чем такие НПВП, как диклофенак, индометацин, пироксикам, напроксен, кеторолак. При применении лорноксикама парентерально при послеоперационных болях его анальгетический эффект не уступал таковому средних доз опиоидов. Кроме того, лорноксикам может применяться в качестве альтернативы другим препаратам этой группы в лечении артропатий и других воспалительных заболеваний.

Важно то, что по сравнению с другими НПВП лорноксикам обладает более благоприятным профилем гастроинтестинальной безопасности.

ТОРМОЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ДИАСТАЗЫ

Пулатов М.Д

Научный руководитель : Байбекова Г.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Из общего принципа регуляции ферментовыделительной деятельности пищеварительных желез, было сделано допущение о дифференцированности ее торможения в зависимости от ферментативной активности дуоденального содержимого. Мы провели исследование с целью выяснить влияние повышенной амилолитической активности дуоденального содержимого на секрецию поджелудочной железы.

Методы исследования. Опыты выполнены на 5 беспородных собаках массой 12—15 кг. Наркоз (аминазин, гексенал) проводили под управляемым дыханием. Для сбора панкреатического сока канюлировали главный панкреатический проток на малый проток накладывали лигатуру. В начальной части двенадцатиперстной кишки укрепляли катетер для введения стимулятора секреции. Кровь и мочу собирали через катетеры, введенные в оба мочеточника и бедренную вену. Для стимуляции секреции интрадуоденально вводили в течение 1 ч 8—каждые 15 мин в течение 8 ч по 8—10 мл закисленного до pH 2 гидролизина. Спустя 2 ч в двенадцатиперстную кишку вводили 0,2 мг% раствора (10 мл/ч) ферментного препарата амилазы — диастазу ячменного солода из расчета 20 мг/ч (по 2,5 мл каждые 15 мин), затем 2 ч — гидролизин, 1 ч — амилазу и еще 2 ч — гидролизин. В собранном соке определяли содержание бикарбонатов (обратным титрованием), белка (по Лоури), амилазы (по Смитсу—Рою в модификации А. М. Уголева), липазы (по Титцу) и общую протеолитическую активность (по Кунитцу). Учитывали объем мочи, каждый час в моче и плазме крови определяли количество амилазы. Введение в двенадцатиперстную кишку подкисленного гидролизина вызывало у подопытных собак достаточно стабильную от часа к часу секрецию с высоким содержанием в соке ферментов, несколько снижавшуюся по объему к 6—8 ч опыта. Интрадуоденальное введение диастазы солода не изменяло объем секреции и выделения в составе сока бикарбонатов, белка, липазы и протеаз. Во всех опытах интрадуоденальное введение диастазы вызывало достоверное снижение секреции амилазы (в ряде опытов до 20—30% от исходного уровня). При первом введении содержание ее в соке уменьшалось до $46,7 \pm 13,0\%$, при втором до $41,6 \pm 11,1\%$.

Выводы. Скорее всего, нарастание экскреции амилазы с мочой не связано с действием введенной диастазы, а является результатом постепенного повышения проницаемости гистогематического барьера и несколько увеличенного «уклонения» амилазы из железы в кровь в условиях стимуляции железы гидролизинном. Сам же эффект торможения экзосекреции амилазы под действием введенной с двенадцатиперстную кишку диастазы солода реализуется на уровне умеренного селективного торможения синтеза и экстрюзии амилазы поджелудочной железой.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТЕАЗ В РЕГУЛЯЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ СЕКРЕЦИИ

Пулатов М.Д

Научный руководитель : Байбекова Г.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучение острых опытов панкреатической секреции на собаках стимулированного интрадуоденальным введением закисленного (до pH-2) гидролизина (0,5-0,8мл/кг каждые 15 мин.) в течение 8 часов.

Методы исследования. Сок поджелудочной железы собирался из главного ее протока при лигировании добавочного протока. Желудок отделялся от двенадцатиперстной кишки лигатурой. В стенке желудка укреплялась трубка для извлечения желудочного содержимого. Желудочная секреция стимулировалась пентагастрином (5 мкг/кг 15 мин, фирма «Серва») в течение 8 часов.

На третий и седьмой часы опыта интрадуоденально (вместе с гидролизинном) вводился С-терминальный гексапептид трипсиногена 100 мкг/кг каждые 15 минут. На пятый час опыта дважды тот же гексапептид в той же дозе вводился внутривенно.

Результаты исследования. Результаты экспериментов показали, что гексапептид при интрадуоденальном и внутривенном введении существенно снижал (в 2 раза) секрецию пепсиногена, но усиливал (2-3 и более раз) стимулированную пентагастрином секрецию соляной кислоты железами. Этот эффект отчетливо проявился в течение двух часов после введения гексапептида.

Выводы. Как показали полученные данные, при интрадуоденальном введении гексапептида объем (98,9 ± 31,0 %) панкреатической секреции и выделение в составе сока бикарбонатов (103,1 ± 70,6 %) существенно не изменены, а содержание в соке (61,9 ± 17,3%) и часовой дебит секреции (61,3 ± 19,6 %) общего белка снижены. При этом секреция амилазы не изменялась (106,7 ± 27%) или отмечалась тенденция к понижению.

Секреция липазы за счет снижения ли политической активности сока имела тенденцию к понижению (84,7 ± 21,7 %). Содержание (61,4 ± 8,1%) и часовой дебит (62,2 ± 15,7%) секреции панкреатических протеаз во всех опытах существенно уменьшались.

Внутривенное введение гексапептида объем панкреатической секреции не меняло, была тенденция к повышению секреции бикарбонатов, снижало секрецию белка за счет торможения выделения с соком протеиназ, секреция липазы не менялась, амилазы несколько повышалась. Это явилось причиной увеличения выделения амилазы при неизменном диурезе.

Полученный экспериментальный материал позволяет заключить, что С-терминальный гексапептид трипсиногена при интрадуоденальном введении тормозит секрецию протеолитических ферментов поджелудочной железы, усиливает стимулированную пентагастрином секрецию железами желудка соляной кислоты, но тормозит секрецию пепсиногена.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Парпиева Ш. магистр 1 курса

*Научный руководитель: ассистент PhD, Ахмаджонова Г.М., 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанского государственного медицинского института*

Цель работы. Разработать акушерскую тактику у ВИЧ инфицированных женщин

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 81 историй родов ВИЧ-инфицированных женщин: с 2015 – 2020 год родильного дома 2 города Андижана

Результаты и их обсуждение. В родильный комплекс поступило 81 беременных с ВИЧ инфекцией. По сроку гестации они были распределены следующим образом: до 37 недель поступило 60 беременных, в сроке 38-40 недель 21 беременных.

У 76 беременных проведено плановое кесарево сечение. Средняя масса родившихся в срок новорожденных составила 2966,4 ± 396,2 г, 5 ВИЧ инфицированных женщин поступили в 1 периоде родов с отошедшими водами, они были родоразрешены через естественные родовые пути.

Повышение частоты досрочного родоразрешения вероятно связано с антенатальной трансмиссией ВИЧ через плаценту.

Антиретровирусная профилактика (АРП) во время беременности была начата в срок 14 недель и была продолжена после родов, а новорожденным назначали профилактическую терапию в течение 24 часов. Желательно в первые 6 – 12 часов после родов. У новорожденных ИФА обследование необходимо проводить в 18 месяцев. Нами составлен алгоритм обследования ВИЧ инфицированных беременных.

Вывод. На основании полученных данных наиболее оптимальный срок родоразрешения 37-38 недель путем планового кесарева сечения и своевременная постнатальная профилактика у новорожденных в первые 24 часа после родов.

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Равзатов Ж.Б., Жураева М.А., Аиуралиева Н.Д., Бадалов С.Ж.

Андижанский государственный медицинский институт

Впервые описание нарушений функции сердца у больных циррозом было сделано в 1953 году, авторы установили у некоторых больных алкогольным циррозом печени увеличение сердечного выброса в покое и низкое периферическое сосудистое сопротивление. В 2005 году было принято определение

цирротической кардиомиопатии, основными проявлениями которой являются гипертрофия миокарда левого желудочка, расширение полости левого предсердия, нарушение диастолической, а затем и систолической функций и электролитные нарушения. Патогенез цирротической кардиомиопатии очень сложен и порою невозможно отследить какие-то определенные звенья, влияющие на её развитие, так как они тесно взаимодействуют между собой.

Целью исследования было определить особенности кардиогемодинамических нарушений у больных вирусным циррозом печени в зависимости от типов портального кровотока, тяжести течения заболевания и разработать критерии прогнозирования развития цирротической кардиомиопатии.

Диагноз вирусного цирроза печени выставлен на основании объективных, клинко-лабораторных и инструментальных данных. Вирусный генез поражения печени подтверждался наличием в сыворотке крови маркеров вирусного гепатита С: Anti-HCV total, Anti-HCV core IgG, Anti-HCV core IgM, Anti-HCV NS3, Anti-HCV NS4, Anti-HCV NS5; вируса гепатита В: HBs-антигены, HBe – антиген, anti-HBs антиген, HBe IgG, HBc IgG.

Всего в исследование включено 78 больных, из них 35 больных с HCV-инфекцией, 38 - с HBU-инфекцией, 5 - с микстинфекцией (HCV + HBU, HBU + HDV). Всех больных поделили на 3 группы: 1 группу составили больные с гиперкинетическим ТПК с преимущественным ускорением линейной скорости кровотока в ВВ - 14 человек, 2 группу - больные с гиперкинетическим ТПК с преимущественным увеличением диаметра ВВ или промежуточный тип - 11 человек, 3 группа - больные с псевдонормокинетическим ТПК - 13 человек, группа контроля - 9 человек.

Средний возраст больных составил $35,2 \pm 7,4$ лет, длительность заболевания в 1-ой группе - $2,3 \pm 2,1$ года, во второй - $3,6 \pm 2,6$ лет, а в 3-ой группе - $5,7 \pm 2,2$ лет.

В исследование вошло 33 (87%) больных с циррозом печени в исходе хронического вирусного гепатита С, 34 (97%) в исходе гепатита В и 4 (5,2%) в исходе микст инфекции (В+С).

Всего в исследование включено 53 (69%) мужчины и 24 (31%) женщины. Диагноз вирусный цирроз печени устанавливали по данным анамнеза, физикального осмотра по органам и системам, результатам лабораторных показателей, а также ультразвукового исследования органов брюшной полости и биопсии печени. При отсутствии явных клинических признаков портальной гипертензии больным проводилась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), а также эластометрия и сканирование печени. Степень тяжести цирроза печени оценивали по критериям Чайлд-Пью.

Таким образом, мужчин оказалось в 2,2 раза больше, чем женщин. У мужчин преобладал гиперкинетический тип портального кровотока (39%), а у женщин псевдонормокинетический тип (39,3%).

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ ПРИ ЭНТЕРОКОЛИТАХ У ДЕТЕЙ

Раимов К.Э. - магистр

Научный руководитель: к.м.н., доцент Юсупов А. С.

Кафедра детских инфекционных болезней

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Следует отметить, что в последнее десятилетие существенно пересмотрены показания к назначению антибиотиков при энтероколитах у детей. Чтобы избежать возникновения сепсиса, показано назначение антибиотиков детям со средне-тяжелым и тяжелыми формами энтероколитов. Антибиотики безусловно показаны детям первого года жизни. Показанием к назначению антибиотиков является установленный диагноз гемоколита (инвазивной диареи), шигеллеза, кампилобактериоза, амебиаза.

Цель исследования. Изучить эффективность цефалоспоринов при острых кишечных инфекциях с явлениями энтероколита у детей.

Материалы и методы исследования. На базе 5- клинической инфекционной больницы города Ташкента нами было проведено исследование 46 больных детей с острой кишечной инфекцией с явлением энтероколита, в котором изучалась клиническая эффективность применения цефалоперозона. В лечении энтероколита средней степени тяжести в рекомендованной дозе 50 мг/кг в сутки в два раза внутривенного введения.

Результаты исследования. По литературным данным, до 90% всех возбудителей кишечных инфекций на сегодняшний день чувствительны к цефалоперозону. По дизайну указанное исследование проведено в сравнительном аспекте. Изучалась эффективность парентерального цефалоперозона в качестве этиотропной терапии получали антибиотики цефалоспоринового ряда III поколения парентерально — цефотаксим (дети старше 2 лет) или цефтриаксон. Пациенты контрольной группы (20 детей) на фоне базисной терапии энтероколита в качестве этиотропной терапии получали пероральный антибиотик цефалоспоринового ряда III поколения Цефикс. Суточная доза Цефикса составляла 8 мг/кг массы тела через каждые 12 часов. Длительность антибиотикотерапии составляла 5 дней. Эффективность проявлялась положительной динамикой клинко-лабораторных данных.

Выводы. Оценка эффективности антибиотикотерапии в группах проводилась по вербальной балльной шкале. Показано, что на протяжении всего курса антибиотикотерапии в 1 группе была эффективность была выше, чем, у детей 2 сравниваемой группы.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Рафиков О., студент 604-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Норалиев И., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. ЖДА занимает ведущее место среди анемий в общей популяции населения, однако распространенность ЖДА значительно варьирует в зависимости от возраста и пола. До 6 месячного возраста ЖДА встречается крайне редко, за исключением недоношенных новорожденных, у которых риск ЖДА существенно повышается после удвоения массы тела, отмеченной при рождении. Наиболее высокая распространенность ЖДА отмечается у детей от 6 месяцев до 3 лет (1 пик заболеваемости) и девочек-подростков старше 12 лет (2 пик заболеваемости)

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 (рТФР) 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. Она свидетельствует об ограниченной способности плодов в возрасте 19-28 недель гестации к экспрессии цитокинов, формированию иммунного ответа и системной воспалительной реакции.

Выводы. 1. 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 ($p<0,01$). Сапплементацию 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.

РАЗРАБОТКА МОДЕЛЕЙ ВЛИЯНИЯ TORCH-ИНФЕКЦИЙ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ И ДЕТЕЙ

Рахимова К., магистр I курса

*Научный руководитель: Шокирова С.М., Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Заражение TORCH-инфекциями во время беременности оказывает пагубное воздействие на все системы и органы плода, особенно на его центральную нервную систему. Повышается риск выкидыша, мертворождения и врожденных уродств и пороков развития, вплоть до глубоко инвалидизирующих. Первичное поражение организма женщины инфекциями TORCH-комплекса в первом триместре беременности, к сожалению, в подавляющем большинстве случаев является прямым показанием к прерыванию беременности.

Для предотвращения этих рисков необходимо сдавать кровь на наличие антител к TORCH-инфекциям еще до наступления беременности, при ее планировании и не зависимо от самочувствия женщины, так как большинство этих инфекций протекают бессимптомно, и вплоть до появления серьезных осложнений в развитии плода, будущая мама может даже не догадываться об их существовании.

Цель исследования. Разработка моделей влияния TORCH-инфекций и региональных экологических факторов на показатели здоровья беременных и детей.

Материалы и методы исследования. В работе проведен анализ результатов обследования 70 пациенток с диагнозом TORCH-инфекций в период 2018-2021 гг.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ заболеваемости краснушной инфекцией в области, проведенный во временном и возрастном аспектах в динамике за 5 лет показал, что эпидемический процесс краснухи поддерживается главным образом детским контингентом населения (87,9% в среднем с 2018 по 2021 гг.). Активное участие лиц старшего возраста отмечается только в годы эпидемического подъема заболеваемости.

В динамике за 5 последних лет происходило нарастание числа вовлеченных в эпидемический процесс женщин старше 15 лет. Так, если удельный вес женщин больных манифестной формой краснухи до 1997 года не превышал в среднем $4,9 \pm 0,0\%$, то в 2000 году он был достоверно выше и составил $16,1 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$).

Анализ данных серологического мониторинга заболеваемости за анализируемый период (2018-2021 гг.) позволил констатировать, что в 1999 году наблюдался всплеск заболеваемости беременных краснухой ($18,6 \pm 1,3\%$, $p < 0,05$). Заболеваемость новорожденных врожденной краснухой регистрировалась ежегодно, однако, с наибольшей частотой ($1,7 \pm 0,2\%$) в 2021 году, следующим за годом эпидемического подъема заболеваемости краснухой среди беременных.

По данным литературы, при инфицировании вирусом краснухи в I триместре беременности поражение плода наблюдается в 90% случаев. Неблагоприятное воздействие краснухи на плод проявляется спонтанными абортми (10-40%), мертворождением (20%), смертностью в неонатальном периоде (10-25%). Риск развития врожденных пороков органов при краснухе составляет от 12 до 70% или 10% от общего числа врожденных аномалий.

На основании данных корреляционного анализа в структуре ВПР было выявлено преобладание МВПР, пороков развития лицевого скелета, врожденной патологии сердечно-сосудистой, пищеварительной, костно-мышечной системы, что подтверждается результатами кластерного и компонентного анализов. Также установлено, что вирус краснухи является важнейшим фактором, обуславливающим перинатальную смертность.

При изучении влияния уровня заболеваемости беременных краснухой на частоту развития органного поражения у новорожденных пришли к выводу, что врожденная краснуха является причиной возникновения отклонений в системе пищеварения, нервной системе у новорожденных и детей первого года жизни, о чем свидетельствуют результаты регрессионного анализа и метода главных компонент.

Вывод. В работе обоснована возможность использования математических моделей с целью получения дополнительных информативных признаков, которые позволяют наиболее эффективно осуществлять прогноз уровня перинатальной смертности, развития ВПР, соматических заболеваний новорожденных, детей первого года жизни и своевременно их предупредить.

Результаты выполненного исследования позволили разработать и внедрить в регионе научно обоснованные предложения по профилактике заболеваемости беременных женщин и женщин фертильного возраста TORCH-инфекциями и снижению уровня ВУИ.

АНТОНИМИЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ТЕРМИНАХ, ОБОЗНАЧАЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЕ ОТ НОРМЫ

*Рахматуллаева З.З. –преподаватель кафедры узбекского языка и литературы
Андижанский государственный медицинский институт*

В процессе становления современной клинической терминологии для обозначения отклонений от нормы в сторону увеличения или уменьшения использовались терминыэлементы «гипер-», «гипо-», «поли-», «олиг-», «макр-», «мега-», «микро-», «суб-», «-пения», «супер-», «пер-», «-оз». Терминыэлементы «суб-», «супер-», «пер-», «плео-» постепенно вытесняются из сферы клинических терминов. Остальные терминыэлементы

Образуют между собой синонимичные и антонимичные пары. Анализ их семантических связей может быть использован в работе по упорядочению клинической терминологии. Для утверждения данного терминыэлемента в системе, равно как и для отбора предпочтительного термина, особое значение имеет наличие параллельного антонимичного ряда. Из перечисленных терминыэлементов антонимичные отношения прослеживаются в парах «олиг» - «поли» (количественные характеристики), «пения»- «оз» (количество элементов крови), «микро» - «макр», «микро»-«мега» (размеры), «гипер» - «гипо» (содержание каких-либо веществ в организме, аномалии развития, физиологические характеристики, двигательная активность, психическое состояние, изменения в деятельности органа, секреции, чувствительности.) Существование антонимичной словообразовательной модели усиливает оба антонимичных терминыэлемента, делает каждый более «конкурентно способным» в собственном синонимичном ряду, хотя ассиметричность антонимичных связей и наличие конкурирующих пар антонимов противодействуют системности и затрудняет процесс упорядочения терминологии.

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНОЙ БОЛЬЮ

*Рахмонова Н., студентка 3-курса фармакологического факультета
Научный руководитель: Тургунов М.А.
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время считается, что поясничная боль (ПБ) обусловлена сочетанием нейродегенеративных и дистрофических поражений дугоотростчатых суставов, межпозвонковых дисков, связочного аппарата позвоночника. Важную роль в ее развитии играет изменение тонуса поперечно -полосатой мускулатуры – мышечный спазм, возникающий в ответ на болевые раздражители и приводящий к формированию нарушений осанки.

Крупные грыжи межпозвонковых дисков, являющиеся причиной болевого синдрома, значительно чаще встречаются у людей молодого и среднего возраста, ведущих активный образ жизни, испытывающих значительные физические нагрузки.

Относительно реже клинически значимые грыжи межпозвонковых дисков встречаются у пожилых пациентов, у которых источником болевого синдрома являются измененные суставы и связки позвоночника.

Цель исследования. Изучить эффективность применения нестероидных противовоспалительных препаратов у пациентов с поясничной болью.

Материалы и методы исследования. Изначально в основную группу больных, на протяжении 10 дней получавших комбинацию Артрозана (по 15 мг/сут) и Комбилипена (по 2 мл в/м), были включены 48 больных с острой поясничной болью. Затем из исследования по различным причинам были исключены 4 больных. Окончательному анализу были подвергнуты результаты наблюдения за 44 пациентами.

Результаты исследования. Группу сравнения составили 19 пациентов, получавших только Артрозан и не получавших Комбилипен. Средний возраст пациентов группы сравнения (10 мужчин и 9 женщин) составил $47,1 \pm 6,8$ года. Группы были полностью сопоставимы между собой по основным клиническим и демографическим показателям.

Критерии включения больных в исследование: возраст от 18 до 75 лет; болевой синдром в области поясницы вне зависимости от наличия или отсутствия корешкового синдрома; доброкачественный характер заболевания, подтвержденный радиологическим исследованием (рентгенография, компьютерная или магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника, исследование состава периферической крови (количество клеточных элементов белой и красной крови, СОЭ); длительность болевого синдрома не более 4 нед.; готовность больного принять участие в исследовании.

Критериями исключения были: наличие воспалительных и травматических поражений позвоночника; новообразования костей позвоночника, спинного мозга, его оболочек и спинальных корешков; длительность болевого синдрома более 4 недель; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки или желудка в стадии обострения. Также критериями исключения являются тяжелые формы печеночной

или почечной недостаточности; психические расстройства, исключающие возможность объективной оценки состояния больного. В этот список можно включить непереносимость препаратов Артрозан или Комбилипен либо компонентов, входящих в их состав; одновременное применение миорелаксантов, противоболевых препаратов центрального действия (противоэпилептические средства, антидепрессанты)

Целями проводимой терапии являются не только устранение болевого синдрома, но и расширение возможностей самообслуживания пациента и достижение его полной независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, повышение качества жизни больного. Для улучшения качества ведения пациентов с ПБ требуются максимально раннее устранение болевого синдрома, своевременное расширение двигательного режима, активное вовлечение больного в лечебно-реабилитационный процесс. Устранение боли обеспечивает возможность для проведения пациенту комплекса реабилитационных мероприятий.

В ряде случаев компрессия спинальных корешков грыж межпозвонкового диска приводит к формированию радикулярного болевого синдрома, характеризующегося структурными изменениями в самом нервном стволе и его оболочках, сочетанием элементов ноцицептивной и нейропатической боли, требующего специфических подходов к лечению. Лечение таких пациентов помимо обезболивания предполагает также восстановление структурной и функциональной целостности нервных волокон. В этой связи представляется перспективным применение комбинированной терапии, которая включает одновременное назначение НПВП и витаминов группы В. Как свидетельствуют результаты проведенных ранее клинических исследований, применение такой терапии сопровождается не только более ранним и длительным обезболивающим эффектом, но и снижением потребности в приеме НПВП и уменьшением вероятности развития нежелательных побочных эффектов.

Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что комбинированное применение Артрозана и Комбилипена у пациентов с ПБ характеризуется хорошей переносимостью, низкой частотой клинически значимых нежелательных побочных эффектов, сокращением сроков купирования болевого синдрома. Положительный эффект комбинированной терапии наблюдается не только в период приема препаратов, но и в последующем. Данная комбинация препаратов может быть использована у значительной части пациентов с мышечно-скелетными болевыми синдромами.

Вывод. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что комбинированное применение Артрозана и Комбилипена у пациентов с ПБ характеризуется хорошей переносимостью, низкой частотой клинически значимых нежелательных побочных эффектов, сокращением сроков купирования болевого синдрома. Положительный эффект комбинированной терапии наблюдается не только в период приема препаратов, но и в последующем. Данная комбинация препаратов может быть использована у значительной части пациентов с мышечно-скелетными болевыми синдромами.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Рахмонова Д. магистр 2 курса

*Научный руководитель: доцент Негматшаева Х.Н., 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Невынашивание беременности может быть обусловлено ее замиранием. Это обуславливает необходимость изучения причин данного явления. Невынашивание беременности серьезная проблема, но у нее есть решение.

Цель и задачи. Изучение факторов, препятствующих развитию беременности, методом анкетирования. И разработать алгоритм обследования женщин с невынашиванием в анамнезе.

Материал и методы. Проведено анкетирование 55 женщин с неразвивающейся беременностью сроком от 3-х до 12-и недель. У беременных женщин с данной патологией изучено влияние на их организм социально экономических, психогенных, эндокринных, иммунологических, генетических, инфекционных факторов, а также экстрагенитальных заболеваний, токсикозов и других факторов неизвестной этиологии.

Результаты. Основную группу анкетированных составляли женщины в возрасте от 25 до 35 лет (59%). В течение первого триместра беременности наблюдались следующие заболевания: ОРВИ (25%), ОРЗ (23%), герпес (16%), грипп (10%), ринит (8%), ангина (6%). Так же у большинства женщин проводилось обследование на инфекции передающиеся половым путем (ИППП), в результате которого были выявлены такие заболевания, как хламидиоз (11,4%), уреаплазмоз (11,4%), микоплазмоз (9,1%), герпес (6,8%), кандидоз (6,8%), трихомониаз (2,3%), цитомегаловирус (4,5%) и туберкулез (2,3%). Среди профессиональных вредностей чаще встречались психологическое перенапряжение, физическая нагрузка, пыль, шум,

Выводы.

1. Выявлена прямая корреляционная зависимость между невынашиванием беременности и перенесенными в первом триместре ОРВИ и ОРЗ, ИППП, отсутствием прегравидарной подготовки, паритетом родов, группой крови.

2. Внедрение скрининговых диагностических программ по выявлению факторов риска по невынашиванию беременности является одним из важных

ФАКТОРЫ РИСКА, БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИИ ЗВУР У ГЛУБОКО-НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Рузибоева М., студентка 106-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Кадиров Х.С., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. При задержке внутриутробного развития у новорожденных помимо сниженных параметров физического развития отмечаются диспропорции телосложения, относительно большие размеры головы по сравнению с другими частями тела. Нередко обнаруживается патологическая установка стоп (“пяточные”), плечиков и конечностей (приподнятые и прижатые к голове плечи с пронацией верхних конечностей, сгибательные контрактуры в локтевых и фаланговых суставах).

Цель исследования. Определить частоту ЗВУР и особенности состояния здоровья у детей с экстремально низкой массой тела при рождении (МТР), менее 1000 г (ЭНМТ) и с очень низкой массой тела (ОНМТ) — от 1000 до 1499 г.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 560 новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ, рожденных на 24–37 неделях гестации: ЗВУР — 245 детей, контрольная группа — 315.

Результаты исследования. Нормальные показатели физического развития были у 57,5% детей с ЭНМТ, у 55,8% младенцев с ОНМТ. Задержка внутриутробного развития чаще регистрировалась у детей с ЭНМТ, чем в группе с ОНМТ: ЗВУР 1 ст. - у 30,6% и 24,8%; 2 ст. - у 14,3% и 7,5%; 3 ст. - у 29,4% и 11,8% соответственно. ЗВУР регистрировалась чаще (80,0%) у детей, рожденных на 28–33 неделе. У всех обследованных была перинатальная энцефалопатия (ПЭП); внутрижелудочковые кровоизлияния - у 60–64%, натальная травма - у 8,5–8,9%.

Достоверных различий по частоте, степени тяжести и исходам ПЭП у детей со ЗВУР не обнаружено. Внутриутробные инфекции выявлены у всех обследованных:

в группе контроля достоверно чаще ($p < 0,01$) регистрировались пневмония (82,2% против 67,3%); у детей со ЗВУР — генерализованное течение TORCH инфекций (11,9% против 6,0%), сепсис (4,4% против 2,5%), гепатит (6,1% против 2,5%) и менингит (1,6% против 0,3%).

Нами не обнаружены различия в частоте и тяжести РДС, но у детей со ЗВУР чаще была классическая форма бронхолегочной дисплазии (40,9% против 33,9%). Определено, что у детей со ЗВУР чаще, чем в контроле регистрируются врожденные пороки сердечно - сосудистой системы (11,4% и 6,7%), малые аномалии развития сердца (24,8% и 7,6%), множественные пороки развития и аномалии центральной нервной системы - по 1,6% и 0,6% соответственно.

Вывод. ЗВУР чаще регистрируется у детей с ЭНМТ, рожденных на 28–33 неделе гестации, ассоциируется с тяжелым течением внутриутробных инфекций и формированием врожденных аномалий развития органов и систем.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ

*Рузибоева М., студентка 106-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Кадиров Х.С., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Болезни почек входят в число основных 16 причин болезней и смертей, занимая среди них 14-е место. Распространенность хронической болезни почек (ХБП) сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как эссенциальная гипертензия и сахарный диабет. В среднем, признаки повреждения почек или умеренное/выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ожидаются у каждого десятого в общей популяции. В мире нет достоверных данных о частоте встречаемости ХБП у детей.

Цель исследования. Оценить этиологическую структуру и частоту встречаемости ХПН у детей Алтайского края.

Материалы и методы исследования. Изучены данные регистра детей Алтайского края с ХПН. Диагноз ХПН устанавливали на основании данных скорости клубочковой фильтрации (менее 60 мл/мин/1,73 м²), повышения уровня креатинина и мочевины крови в течение более 3 мес.

Результаты исследования. В настоящее время в Алтайском крае состоят на учете 37 больных в возрасте от 0 до 17 лет: 26 (70,3%) мальчиков и 11 (29%) девочек. Распространенность детей с ХПН в Андижанской области составила 6,1 на 100 тыс. детского населения. Додиализная стадия ХПН зарегистрирована у 28 (75,7%) детей, терминальная - у 9 (24,3%). Больные с терминальной стадией ХПН получают заместительную почечную терапию: 1 - гемодиализ, 1 - перитонеальный диализ, с почечным трансплантатом наблюдаются 7 детей.

Установлено, что ведущей причиной развития ХПН у детей Алтайского края является врожденная и наследственная патология органов мочевой системы - у 29 (78,4%) больных. Врожденная урологическая

патология (нейромышечная дисплазия, обструктивные уropатии, ПМР) - у 15 (40,5%) детей. Гипоплазии и дисплазии почек - у 6 (16,2%); кистозные дисплазии - у 4 (10,8%).

Наследственные заболевания почек (синдром Альпорта, врожденный нефротический синдром, синдром Фрайзера) - у 4 (10,8%) больных. Среди приобретенных заболеваний - первичные и вторичные гломерулонефриты - у 8 больных (21%); первичный гломерулонефрит - у 3 (8,1%); ГУС и аГУС - у 4 (10,8%).

Вывод. Дети с ХПН нуждаются в длительном наблюдении нефролога с проведением мониторинга функционального состояния почек и оказанием специализированной помощи. Достоверная информация о распространенности ХПН необходима для планирования материально-технических ресурсов с целью обеспечения потребности детского населения в данном виде терапии

СИНДРОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

*Рузбоева М., студентка 106-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Кадиров Х.С., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. По литературным данным риск развития сердечно - сосудистых осложнений при кардиоваскулярной патологии связан с показателем воспаления (интерлейкины ИЛ-1 и ИЛ-6, фактор некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), растворимые молекулы адгезии и др.). Для прогноза риска в кардиологической практике используют показатели матриксных металлопротеиназ-2 и 9.

Изучение механизмов ранних сосудистых изменений артерий при ДСТ необходимо для выявления оптимальных способов терапии и улучшения сердечно-сосудистого прогноза пациентов с данной патологией.

Цель исследования. Изучение показателей эндотелиальной дисфункции (ЭД) у детей с ДСТ сердца (ДСТС).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 14 детей с ДСТС в возрасте 5–17 лет. Группу сравнения составили 10 детей без признаков ДСТС. Всем детям наряду с общеклиническим исследованием проводилось определение в крови маркеров ЭД (оксида азота (NO) и эндотелина-1 (ЕТ-1)) методом иммуноферментного анализа.

Полученные данные были обработаны методами вариационной статистики с использованием непараметрических критериев (U-критерий Манна - Уитни).

Результаты исследования. В структуре ДСТС отмечались: пролапс митрального клапана - у 10 детей (71,4%), пролапс трикуспидального клапана - у 2 детей (14,3%), аномальные хорды левого желудочка - у 2 детей (14,3%). У 2 (14,3%) детей имело место сочетание диспластических изменений сердца.

При анализе показателей ЭД было установлено, что на фоне ДСТС уровень NO был снижен по сравнению с группой детей без признаков ДСТС ($7,8 \pm 0,44$ мкмоль/л и $10,1 \pm 0,56$ мкмоль/л, соответственно ($p < 0,05$)). Уровень ЕТ-1 у обследованных с ДСТС составил $1,36 \pm 0,1$ фмоль/мл, что было достоверно выше, чем у детей без ДСТС - $0,9 \pm 0,12$ фмоль/мл ($p < 0,05$).

Вывод. Полученные на данном этапе результаты указывают на наличие у детей с ДСТС ЭД. Необходимо продолжить изучение причин гиперпродукции эндотелина, стойкость данного патологического процесса и его влияния на сердце и сосуды в дальнейшем (формирование артериальной гипертензии и др.).

РОЛЬ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ В ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

*Рузиматова Нодира М. магистр 1 курса
Научный руководитель: ассистент PhD Юсупова У.М., 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель: Изучить значение кандидозной инфекции нижних отделов половых путей в преждевременном излитии околоплодных вод.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели нами обследованы 16 женщин в сроке беременности 38-39 недель, больных вульвовагинальным кандидозом и 28 родильниц в первые сутки послеродового периода, роды которых осложнились преждевременным излитием околоплодных вод (у 19 из них произошли срочные роды, у 9 - преждевременные роды). Диагноз вульвовагинального кандидоза был выставлен на основании жалоб, клиники, результатов бактериоскопического и бактериологического методов исследования.

Результаты. По полученным нами данным у $31,25 \pm 11,59\%$ женщин, болевших вульвовагинальным кандидозом в конце третьего триместра беременности, роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод. Полный курс лечения прошли $50,00 \pm 12,5\%$ беременных, другие $50,00 \pm 12,5\%$ не

закончили санацию в связи с развитием регулярной родовой деятельности. Достоверно чаще преждевременное излитие околоплодных вод произошло в группе тех женщин, которые не получили адекватной терапии генитального кандидоза в сравнении с группой санированных ($t=3,65$, $P<0,01$). В группе обследованных родильниц в $7,14\pm 4,87\%$ выявлено наличие кандидозной инфекции половых путей, а $2,14\pm 8,83\%$ из них болели вульвовагинальным кандидозом в период беременности. Выявлена прямая корреляционная зависимость между кандидозом и преждевременным излитием околоплодными водами

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА И ЭСТЕТИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА

*Рустамжонов М.И. – студентка 2 курса факультета филологии и обучения языкам: русский язык
Андижанского государственного университета
Научный руководитель: Бадалова М.О. старший преподаватель кафедры Социально-гуманитарных наук
Андижанский государственный медицинский институт*

Сегодняшняя пандемия еще раз продемонстрировала, насколько людям нужно уделять внимание гигиене, особенно личной гигиене. Фактически, людям необходимо соблюдать гигиену на протяжении всей жизни. Хадисы также подробно описывают такие вопросы, так как, о частом мытье рук в качестве личной гигиены, не пить воды из горла посуды. Также уделяется постоянное внимание мытью рук, то есть мытье рук до и после еды является признаком одной и той же гигиены.

Гигиена не маловажная составляющая здорового образа жизни. Девиз "Чистота - залог здоровья" возник еще на заре человечества. Самым простым определением слова "гигиена" можно считать бытовое слово "чистота". Но в широком смысле гигиена это не просто чистота, а область медицины, изучающая влияние условий жизни и труда на здоровье человека, меры профилактики для обеспечения нормального существования людей в окружающей среде, в среде обитания и жизнедеятельности. Важную роль в поддержании здорового образа жизни играет личная гигиена - комплекс правил, которые укрепляют и сохраняют здоровье человека. Личная гигиена - это разумное сочетание умственной и физической активности, умелое чередование отдыха и умственного и физического труда, соблюдение режима дня, чередования сна и бодрствования. К личной гигиене можно отнести гигиену кожи, гигиену зубов, гигиену волос, а также содержание в чистоте нижней и верхней одежды, обуви.

Также необходимо уделять должное внимание гигиене жилища, где человек проводит большую часть жизни. Поэтому жилище (дом, квартира и т.п.) должно отвечать основным требованиям санитарно-гигиенических правил. В доме (квартире) должно быть достаточно просторно, светло и сухо - необходимо регулярно убираться, желательнее ежедневно делать влажную уборку полов, вовремя мыть посуду, хранить отходы в специальном закрытом месте и регулярно их выносить. Не реже двух раз в день проветривать комнаты, санитарные узлы регулярно мыть специальными средствами. Следить, чтобы не заводились насекомые и грызуны, своевременно их уничтожать. Особое внимание нужно уделить и звукоизоляции - защите от внешних источников шума, электромагнитным излучениям. Не верно будет не упомянуть и о гигиенических правилах поведения на улице, природе, в общественных местах. Поведение человека вне своего дома (жилища) должно быть разумным. Обязательно брать с собой салфетки, носовой платок, другие средства гигиены. Остерегаться неизвестных мест, растений, организмов и т.п. Быть осторожным. Одеваться соответствующим образом, чтобы было комфортно, тепло и сухо. После отдыха на природе обязательно убрать за собой - не убранный за собой со временем принесет дополнительную "заразу".

Соблюдение простых правил гигиены гарантирует Вам безопасность существования и жизнедеятельности. Вы сохраните свое здоровье, обезопасите себя от различных инфекционных заболеваний.

О ПРАВИЛЬНОМ ПИТАНИИ

*Рустамжонов М.И. – студентка 2 курса факультета филологии и обучения языкам: русский язык
Андижанского государственного университета
Научные руководители: Бадалова М.О. старший преподаватель кафедры Социально-гуманитарных наук, Хаитбаева Г.И. преподаватель кафедры Узбек тили ва адабиёти
Андижанский государственный медицинский институт*

Когда мы говорим о правильном питании, мы должны в первую очередь рассказать и напомнить подрастающему поколению о делах, о которых говорится в хадисах. То есть в хадисах сказано, что прием пищи и другие действия следует начинать с правильной стороны. Также запрещено есть сидя в боке, и сейчас медицина не считает такое питание правильной, потому что, такое питание затрудняет переваривание.

В хадисах также упоминается полоскание рта после еды, или чистить зубы специальным прибором, а теперь в медицине практикуется трехкратная чистка зубов после еды, чтобы зубы оставались здоровыми и крепкими. Полоскание рта также назначают при употреблении молока. В хадисе также есть особый этикет для питья воды, который гласит, что нельзя пить воду из горла сосудов. В хадисах также сказано есть халальную пищу. И это является для человечества золотым правилом при правильном питании.

Человек, выбравший для себя здоровый образ жизни, обязательно задумывается на тему правильного питания. Ведь то, что мы едим, сильно влияет на состояние нашего организма, настроение, работоспособность. Пища — это важнейший элемент, без которого невозможно существование живого организма. Поэтому, заботясь о своём здоровье, обязательно нужно подумать о выборе правильной пищи и соблюдении ряда правил здорового питания. Здоровый образ жизни и правильное питание — это одно целое. Потому что невозможно представить одно без другого. Давайте уделим внимание понятию правильного питания и определимся, что есть правильно и как это нужно делать с пользой для здоровья.

Правильное питание для здорового образа жизни не просто важно, это — основа! Организм получает силы, насыщается необходимыми элементами для развития и поддержания здоровья из тех продуктов питания, которые человек употребляет в течение всей своей жизни.

Сохранить молодость, красоту и здоровье можно только одним способом! Нужно выбрать для себя путь здорового образа жизни. Начните со здорового питания. Пусть правильное питание станет образом жизни и соответствует вашему образу мыслей. Тогда не придётся искать докторов, которые смогут исправить то, что вы наедали годами. Ведь плохая пища вредит не всегда сразу. Она оказывает пролонгированное действие на наш организм. Поедая тоннами неизвестно что в течение всей жизни, многие потом ищут способ избавиться в одночасье от последствий такого беспорядочного питания. А это чаще всего бессмысленно. Потому что правильное питание для здоровой жизни является обязательным условием! Также в правилах правильного питания рекомендуется выпивать не менее двух литров воды в день, и это имеет свой этикет.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Магистр 2 курса Сабирова М.

*Научный руководитель: доцент Юлдашева О.С., кафедра акушерства и гинекологии 2
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Синдром ограничения роста плода является осложнением беременности. Факторами риска возникновения СОРП являются материнские факторы к которым относятся хроническая артериальная гипертензия, гестационная гипертензия, преэклампсия, гестационный сахарный диабет, антифосфолипидный синдром, анемия, заболевание легких, печени, почек, неполноценное питание и плодовые факторы — генетические заболевания, врожденные пороки развития, внутриутробные инфекции и плацентарные факторы — плацентарная недостаточность и инфаркты плаценты.

Цель исследования — изучить основные причины развития СОРП и разработать акушерскую тактику.

Материалы и методы исследования. Нами изучены истории болезней и родов 25 беременных с СОРП. У всех беременных наряду с общепринятыми клиническими исследованиями было произведено биохимическое исследование УЗИ, а также доплерометрия коогулограмма.

Результаты и обсуждения. Под наблюдением находилось 25 беременных с СОРП. При изучении причин СОРП нами было выявлено следующие причины: у 6 (24%) беременных преэклампсия тяжелой степени, у 4 (16%) хронический пиелонефрит, у 4 (16%) беременных, заболевание печени, у 6 (24%) анемия тяжелой степени, у 5 (20%) беременных выявлено TORCH инфекция. По сроку беременности они были распределены следующим образом: СОРП первой степени был диагностирован у 20 беременных на основании доплерометрии, у 5 второй степени был диагностирован СОРП второй степени. Для родов разрешения у 16 беременностей мы применили препарат «ГЛАНДИН» (100 мкг однократно в задний свод влагалища для созревания шейки матки однократно, из них 12 родоразрешились через естественные родовые пути, у 4 беременных было произведено кесарево-сечение. Из-за акушерских осложнений кровотечениями.

Таким образом, применение препарата гландин существенно снижает частоту оперативных вмешательств у беременных с СОРП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Сайдалиев Ш.Ш., Рахимжонов И.У. - магистры

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии Мамаджанов К.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Стабильный остеосинтез эпифизарных переломов проблематичен из-за малого размера дистальных отломков образующих значительную или всю суставную поверхность, что требует идеальной репозиции и одновременно стабильной фиксации. Кроме этого, отломки не имеют прочного кортикального слоя и состоят из губчатой кости с гиалиновым хрящевым покровом, причем, как правило, лишены источников кровоснабжения. Все это крайне затрудняет или делает невозможным эффективное применение современных конструкций для стабильного остеосинтеза.

Цель исследования. Выявить оптимальную хирургическую тактику лечения больных эпифизарными переломами дистального конца плечевой кости.

Материал и методы исследования. В качестве материала для исследования взяты данные 38 больных с эпифизарными переломами дистального отдела плечевой кости. По виду хирургического вмешательства больные, разделены на две группы. Первая группа - операции, выполненные 27 больным по поводу переломов (60%). Вторая группа - операции, выполненные 11 больным (40%) по поводу последствий эпифизарных переломов.

В стационаре открытую репозицию и остеосинтез смещенных переломов головчатого возвышения плечевой кости (в том числе с частью блока) выполняли преимущественно доступом Кохера тремя способами: спицами Киршнера (13), винтами (5) и по предложенной методике - спицами Киршнера со стягивающей проволоочной петлей (10). Удаление отломков произведено 5 больным с переломами головчатого возвышения (5). Следует отметить, что во всех случаях эпифизарных переломов дистальный отломок оказывался аваскулярным, что требовало особенно точной репозиции и стабильной фиксации.

Результаты и их обсуждение. Результаты хирургического лечения эпифизарных переломов дистального отдела плечевой кости и их последствий в сроки 6 мы наблюдали у всех 38 (100%) больных. Получено 13 отличных (34%), хороших – 20 (54%), 5 удовлетворительных (12%). Плохие результаты не выявлены. Результаты лечения в значительной мере зависели от способов применявшихся оперативных вмешательств.

Выводы.

1. Переломы дистального эпифиза плечевой кости со смещением отломков в 40% случаев приводят к несращению отломков, контрактурам и деформациям сустава. Известные способы остеосинтеза таких переломов не обеспечивают стабильной фиксации отломков.

2. Предложенный алгоритм выбора метода лечения и способы оперативных вмешательств обеспечивают у 66% пациентов отличные и хорошие функциональные результаты, и отсутствие неудовлетворительных.

КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Сайфуддинов Д.С.- Студент 611-группа факультет лечебного дела

Научный руководитель: Рахманова У.Х.

Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на успехи теоретической и практической нефрологии почечная заболеваемость остается высокой с тенденцией к росту, оставаясь второй по частоте патологией детского возраста в мире

В настоящее время имеются лишь немногочисленные работы о распространенности и структуре нефрологической патологии в нашей стране, основанных на популяционном подходе с применением эпидемиологических исследований.

Цель исследования: совершенствование лечебно-профилактической помощи детям на основе оценки качества жизни детей в возрасте 8-12 лет, больных пиелонефритом.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели нами было проведено изучение КЖ 145 детей в возрасте 8-12 лет, находившихся на стационарном лечении в Областной детской клинической больнице в 2017-2019 гг. Оценку проводили на основании опроса пациентов по русскоязычной версии международного унифицированного опросника SF-36. Опрос детей осуществляли при информированном согласии родителей и всегда в их присутствии. Группу сравнения составили 56 практически здоровых детей соответствующего возраста и пола. Статистическую обработку полученных

данных осуществляли с использованием компьютерных программ. Для оценки достоверности сравниваемых характеристик КЖ применяли параметрические и непараметрические критерии.

Результаты исследования. Наибольшее превышение отмечено по шкалам «общее состояние здоровья» (разница 26,4 балла), «жизненная активность» (разница 28,4 балла). Суммарный показатель у практически здоровых детей составил 692,7 балла, превысив на 133 балла таковой у больных, который равнялся 559,7 баллам. Чтобы определить по каким шкалам в первую очередь снижается уровень КЖ при заболевании, и использовать это как индикатор донозологической диагностики при профилактическом осмотре детей, мы рассчитали размер вклада суммарных показателей в процентах всех составляющих КЖ у больных пиелонефритом и практически здоровых.

Вариабельность вклада КЖ по шкалам у здоровых детей меньше, чем у больных, амплитуда составила соответственно 1,4 и 5,2% (табл. 1). Данные таблицы так же показывают по каким шкалам прежде всего идет снижение уровня КЖ при заболевании – это «общее состояние здоровья», из физического компонента здоровья и три шкалы психологического компонента здоровья – «жизненная активность», «психическое здоровье», и «социальное функционирование». По нашему мнению это является сигналом, свидетельствующим о наличии заболевания, что подтверждается тем, что у практически здоровых детей некоторое снижение по сравнению с другими шкалами отмечено также по этим же шкалам.

Полученные данные позволяют предположить, что снижение КЖ по названным шкалам происходит раньше, чем соматические проявления в виде недомогания, повышения температуры тела, боли в животе, дизурии и других субъективных и объективных симптомов заболевания, что может служить индикатором для донозологической диагностики заболевания и отнесение индивида к группе риска с соответствующими диагностическими и лечебно-профилактическими мероприятиями диспансерного наблюдения.

Снижение уровень КЖ по шкалам, характеризующим психологический компонент здоровья, кроме шкалы «общее состояние здоровья», подтверждается суммарными показателями, которые составили у больных 263,1 и 296,6 балла (разница составила 33,5 балла). У практически здоровых детей суммарные показатели по анализируемым компонентам были почти одинаковы, с небольшим снижением уровня психологического здоровья и составляли соответственно 354,4 и 338,3 балла.

Вывод. Таким образом, использование показателей качества жизни для оценки динамики состояния больного в процессе лечения позволяет повысить его эффективность.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Сайфуддинов Д.С., студент студент 611-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Рахманова У.Х.

*Кафедра пропаганды детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Интерес к изучению психовегетативных нарушений обусловлен не только широкой распространенностью их среди лиц молодого трудоспособного возраста, но и сложностью своевременной и объективной диагностики различных форм вегетативных дисфункций (ВД) с последующей дифференциальной коррекцией выявленных нарушений.

Традиционно для выявления ВД определяют вегетативный индекс Кердо, применяют специальные опросники и таблицы, которые не лишены субъективизма и не обеспечивают дифференцированного подхода в диагностике конкретных форм вегетативной дисфункции.

Мировым стандартом объективной оценки состояния вегетативной нервной системы считается метод спектрального анализа волновой структуры ритма сердца, который позволяет регистрировать наличие ВД, хотя и без учета ее конкретной формы. Дифференциальная диагностика различных форм ВД трудна, но необходима для выбора корригирующих методик комплексной медицинской реабилитации.

Цель исследования. Изучить математическую оценку риска развития нарушения функций вегетативного и тиреоидного статусов с точки зрения доказательной медицины

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 90 детей бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2017 по 2019 год.

Результаты исследования. Суть метода заключается в том, что вместо обычных интенсивных показателей используют НИП, который можно рассчитать по формуле: $N = \frac{I}{M}$, где: N – нормированный интенсивный показатель (НИП), I – интенсивный показатель НВТС на сто обследованных, M – «нормирующий показатель».

В качестве нормирующей величины в данном случае принимается средняя частота НВТС по данным всего исследования (на 100 обследованных).

Например, у больных детей частота возникновения БА составляет 37,5 а частота возникновения НВТС составила 55,6. Тот же показатель среди всех обследованных составил 48,1. Эта величина была взята

как «нормирующий» показатель (М). Подставив в приведенную формулу соответствующие величины, мы получили следующие нормированные интенсивные показатели: у больных БА НИП1 = $37,5/48,1=0,78$ а больных НВТС – НИП2 = $55,6/48,1 = 1,12$. Показатель относительного риска (R) = $1,12/0,78=1,44$.

Аналогично рассчитывались НИП по всем остальным факторам риска. Полученные НИП и являются тем исходным стандартом, с помощью которого можно дать интегрированную оценку риска возникновения НВТС как по отдельному фактору, так и по их комплексу.

Как известно, факторы имеют различную силу влияния на развитие НВТС. Поэтому мы учли и значение показателя относительного риска по каждому фактору. Зная показатель относительного риска (R) возникновения заболевания и нормированный интенсивный показатель (N), можно определить силу влияния на возникновение НВТС каждого отдельно взятого фактора, т.е. прогностический коэффициент (X).

Эта величина определяется так: $X=R \cdot N$, где X – интегрированный показатель риска от силы влияния отдельного фактора (прогностический коэффициент); N – НИП НВТС; R – показатель относительного риска.

Если учесть, что в нашем примере показатель относительного риска (R) составлял 1,44, НИП1 – 0,78, НИП2 – 1,12, то интегрированный показатель силы влияния каждого отдельного фактора, т.е. прогностический коэффициент, составил:

$1,44 \cdot 0,78=1,12$, минимальное значение;

$1,44 \cdot 1,12=1,61$, максимальное значение.

Вывод: Таким образом, изменения со стороны гормональной системы у больных БА находятся в состоянии защитной адаптации с быстрым истощением этих процессов при тяжёлом течении БА, что сопровождается гормональным дисбалансом.

Клинические проявления гипофункции ЩЖ разнообразны, многие из них неспецифичны, с чем и связаны определённые трудности в её своевременном распознавании. В связи с этим, нами сделана попытка выявить специфические жалобы больных БА относительно гипофункции щитовидной железы.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Салиева Ш.Б., магистр 2-курса

Научный руководитель: Ахматхунова М.К.

*Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальными направлениями в изучении этой проблемы являются исследования механизмов кардиопатогенного действия депрессии, особенности клиники и дифференциальной диагностики соматизированных депрессий в кардиологической практике, вопросы лечения депрессивных расстройств у больных с сердечно – сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Депрессия инициирует конкретные патофизиологические механизмы, которые кардинальным образом влияют на состояние сердечно – сосудистой системы.

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности флувоксамина в отношении аффективных расстройств у пациентов с ИБС.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было проведено обследование 48 больных (м-28, 58,3%; ж-20, 41,7%), которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении клиники АГМИ.

Результаты исследования. Критерии включения в исследование: больные мужчины и женщины старше 18 лет с ИБС и депрессивными расстройствами. Критерии исключения из исследования: тяжелые сопутствующие заболевания (нарушения функции печени и почек и т.д.). Длительность анамнеза ИБС – до 34 лет; у ряда больных она выявлена впервые. У большинства больных ИБС была диагностирована в возрасте 45 – 60 лет. У 10 больных в анамнезе был ишемический инсульт.

По шкале глобального клинического впечатления у 60 (75 %) пациентов были с умеренно выраженными психическими нарушениями. Средний балл до начала терапии по самоопроснику депрессии Бека составил $26,6 \pm 0,9$, по шкале HARS - $21,4 \pm 0,9$ балла. Аффективные расстройства были систематизированы клинически следующим образом: однократный депрессивный эпизод (впервые возникший) у 6 (7,5 %), рекуррентные (повторяющиеся) депрессивные расстройства у 34 (42,5 %), биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз) у 1 (1,3 %), дистимия (хроническое расстройство настроения) у 39 (48,7 %). Феварин приводил к значимой редукции как тревожных ($21,4 \pm 0,9$ балла против $9,1 \pm 1,1$ балла; $p < 0,05$), так и депрессивных проявлений ($20,1 \pm 0,7$ балла против $10,4 \pm 0,9$ балла; $p < 0,05$).

Побочные эффекты в виде тошноты отмечались у 4 (5 %), сонливость у 3 (3,8 %) и были слабо выражены, спонтанно прекращались на второй неделе лечения. Из сексуальных дисфункций отмечалась задержка эякуляции у 1 (1,3 %) больного, носящая дозозависимый эффект. Это побочное действие было актуально для более молодых пациентов с сохранной сексуальной функцией.

В данном случае необходимо информирование пациентов о безопасности и обратимости подобных нарушений. У 1 (1,3 %) пациента антидепрессант был отменен из-за боли в животе, в 2,6 % случаях из-за кардиалгий. Связь с приемом флувоксамина (феварин) представляется неоднозначной, так как пациенты одновременно принимали 9 и более препаратов для лечения основного заболевания. У 1 (1,3 %) пациента наблюдались инверсия аффекта (гипоманиакальное состояние) и развернутые судорожные припадки, что также стало причиной замены флувоксамина (феварин) на нормотимик. Следует отметить, что это не стало причиной ухудшения функционирования сердечно - сосудистой системы. Нами не было выявлено случаев геморрагического инсульта или других кровотечений.

Выводы. Результаты настоящего исследования подтверждают рациональность комплексного подхода в лечении больных с ИБС, который позволяет оптимизировать лечебно – диагностический процесс, способствует тактике реабилитации, улучшению качества жизни таких больных.

НОВЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ЛЕЙКОПЛАКИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЙ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Сахаталиева Р.Р.

*Факультет кафедры повышения квалификации и переподготовки травматологии и ортопедии, нейрохирургии, оториноларингологии, урологии и онкологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Хронические воспалительные заболевания нижних мочевых путей у женщин чрезвычайно распространены и являются частой причиной обращения пациенток к урологу гинекологу, терапевту и врачам других специальностей. При обследовании пациенток молодого возраста зачастую выявляют инфекции, передающиеся половым путем.

Пациентки проходят множество неэффективных курсов общего и местного лечения, у пациентки начинают предполагать интерстициальный цистит или же психические заболевания. Но известен факт, что при обследовании женщин со стойкими явлениями дизурии, интерстициальный цистит встречается лишь у 3,6 % пациенток.

В последние годы появились сообщения о применении трансуретральной резекции участков слизистой мочевого пузыря, пораженной лейкоплакией. Результаты указанной терапии противоречивы.

Цель исследования - апробация и оценка эффективности трансуретральной резекции (ТУР) слизистой мочевого пузыря, пораженной лейкоплакией.

Материалы и методы исследования. С 2018 по 2020 годы в урологическое отделение госпитализировано 49 женщин, длительно страдающих т.н. «хроническим циститом» и безрезультатно лечившихся амбулаторно.

Результаты исследования. Основные жалобы, предъявляемые пациентками, тянущие боли внизу живота, усиливающиеся при переполнении мочевого пузыря и после мочеиспускания, учащенные, порою императивные позывы на мочеиспускание, в том числе и в ночное время.

При анализе результатов микроскопического исследования в осадке мочи только у 12 пациенток выявлена лейкоцитурия. Бактериурия в клинически значимых титрах определилась у 17 больных.

Проведенное консервативное лечение оказалось эффективным у трети больных. Контрольная цистоскопия показала хорошую регенерацию эпителия в участках частичного исчезновения бляшек с образованием гипергрануляции эпителия слизистой мочевого пузыря.

Однако отдаленные результаты консервативного лечения данной патологии оказались не столь обнадеживающими: из 17 женщин, получивших консервативную терапию, 12 отметили возобновление urgentных позывов и болей внизу живота в сроки от 2 до 8 недель после лечения.

У 14 пациентов, подвергнутых ТУР слизистой мочевого пузыря, по результатам патоморфологического исследования диагноз лейкоплакии подтвержден. У 1 - выявлен псевдополипоз мочевого пузыря. Все пациентки уже на 3 день после операции отмечали значительное улучшение самочувствия, а именно уменьшение или исчезновение боли за лоном, в уретре в покое и при мочеиспускании, значительное уменьшение частоты мочеиспусканий, urgentных позывов.

Контрольный осмотр осуществлялся через 3 месяца. Положительный эффект в виде отсутствия дизурии, боли отметили 12 пациенток. У 3 женщин сохранилась легкая дизурия.

Вывод. Таким образом, трансуретральная резекция слизистой мочевого пузыря, пораженной лейкоплакией, является эффективной составляющей в комплексе методов лечения указанной патологии.

ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Сахаталиева Р.Р.

*Факультет кафедры повышения квалификации и переподготовки травматологии и ортопедии, нейрохирургии, оториноларингологии, урологии и онкологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Заболевания выделительной системы нередко диагностируются с опозданием из-за плохо выраженных патологических изменений, общего характера признаков. От своевременного начала лечения лейкоплакии зависит его эффективность, длительность, вероятность осложнений. Этим недугом страдают преимущественно женщины разных возрастных категорий.

Он имеет, как правило, яркую симптоматику, повторяет многие признаки цистита и характеризуется возможностью длительного анамнеза с нормальными показателями анализа мочи.

Лейкоплакия мочевого пузыря – это болезнь слизистой оболочки органа, вызывающая патологический процесс, который нарушает основные функции многослойного плоского эпителия.

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости лейкоплакии, изучить ее клинико-морфологические особенности при анализе биопсийного материала у больных с патологией мочевого пузыря среди населения Ферганской долины.

Материалы и методы исследования. для решения поставленных задач мы обследовали 85 пациенток с клиническим диагнозом лейкоплакия мочевого пузыря. Всем проводилось рутинное урологическое обследование, 60-ти выполнено дополнительно культуральное исследование биоптата из слизистой оболочки мочевого пузыря на инфекции, передающиеся половым путем.

Результаты исследования. Наиболее важным методом обследования в диагностике лейкоплакии является эндоскопический. Длительность анамнеза, частота рецидивов заболевания, количество возбудителей, на наш взгляд, влияет и на площадь поражения, и на окраску лейкоплакических бляшек. Для удобства при описании размеров очага мы используем дроби (1/2, 1/4 или весь мочепузырный треугольник). Термин «веррукозная» лейкоплакия относится к гистологическим, но при описании цистоскопической картины хорошо отражает толщину пораженного участка. Шероховатость в этом случае грубая, напоминает поверхность языка, окраска мутно-белая. Часто такая лейкоплакия встречается у пациенток с раком шейки матки или при микст-инфекциях.

По нашим данным, 25 % женщин инфицированы трихомоназом. Амебовидная форма *Trichomonas vaginalis* является хронической формой, передается при половых контактах и не вызывает яркой клинической картины острого трихомонадного вагинита. Сложности диагностики (низкая чувствительность методов ИФА и ПЦР, отсутствие культурального метода в регионах) привели к исключению из схем лечения препаратов группы нитроимидазолов (метронидазол), применение антибактериальных препаратов фторхинолонового, тетрациклинового ряда, макролидов приводит к мутированию *Trichomonas vaginalis* и формированию резистентных форм. При воздействии неблагоприятных условий (переохлаждение, смена климата, прием алкоголя и острой пищи) *Trichomonas vaginalis* переходит в дикую форму, вызывая обострение цистита.

Из общего числа обследованных женщин не более 22 % диагностировались *Chlamydia trachomatis*, что объясняется высокой тропностью этих возбудителей к цилиндрическому эпителию. Помимо этого в условиях воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды у пациенток регистрируется вторичный иммунодефицит, что ослабляет клеточно- и гуморально-опосредованные реакции организма человека на внедрение возбудителя. Этим объясняется большой процент отрицательных результатов к *Chlamydia trachomatis*, а также особенностью паразитирования этого микроорганизма внутри клетки-хозяина.

По данным анкетирования, только у 4-х (12,8 %) сохранились какие-либо жалобы на мочеиспускание. Дискомфорт при мочеиспускании женщины испытывали в среднем до 3-х месяцев после лечения, при контрольной цистоскопии, проведенной через 2 месяца, у 3-х найдены очаги лейкоплакии, что потребовало дополнительной коагуляции. Наши пациентки были либо одиночки, либо пролечили своих половых партнеров. У 7-ми проводилось лечение без коагуляции до поступления в наше отделение. Эти женщины отметили отсутствие эффекта от предыдущей терапии. Никтурия сохраняется у 8-ми пациенток (1–2 раза). Но в целом акт мочеиспускания приносит им удовольствие.

В исследовании аутопсийного материала получены следующие данные: лейкоплакия диагностирована у 4-х человек (8,9 %), у одного (2 %) плоскоклеточная метаплазия эпителия. Сопутствующими заболеваниями были аденома простаты, хронический пиелонефрит с нефросклерозом и хронический цистит.

Вывод. Разработан алгоритм диагностики лейкоплакии мочевого пузыря. Показано, что наличие симптомов нижних мочевых путей и неэффективность проводимой консервативной терапии являются показанием к цистоскопии с последующей биопсией слизистой оболочки мочевого > пузыря.

КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ

Собиржонова Н.А. – студентка 1-курса лечебного факультета

Научный руководитель: Абдусаттаров А.А., Кафедра ВОП2

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. При исследовании эпидемиологии ишемической болезни сердца в течение 40 последних лет получены данные о взаимосвязи между определенными факторами риска и наличием клинических проявлений ишемической болезни сердца. К модифицируемым факторам риска относятся дислипидемия, системную гипертензию, ожирение, сахарный диабет, высокий уровень фибриногена в плазме и курение. Немодифицируемые факторы: пол (мужчины в период жизни от 30 лет и более, женщины в климактерический и постклимактерический период), возраст (частота ишемической болезни сердца возрастает пропорционально возрасту), семейный анамнез (наличие в анамнезе ишемической болезни сердца у родителей в возрасте до 55 лет).

Биологическим субстратом возможности развития ИБС часто является ремоделирование сердца согласно теории сердечно-сосудистого континуума при артериальной гипертензии, аортальных пороках, некоторых формах кардиопатии, аномалиях развития коронарного русла и т.д. Основными причинами ишемической болезни сердца по-прежнему являются 2 или одновременно 3 из представленных: стенозирующее атеросклеротическое поражение коронарных артерий, тромбоз или тромбоэмболия коронарных артерий, вазоспазм коронарных артерий.

Цель исследования. Определить связь показателей жесткости магистральных сосудов с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска и выраженностью атеросклероза коронарных артерий, а также их прогностическую значимость у больных ИБС. Оценить возможности медикаментозной коррекции повышенной артериальной жесткости в условиях амбулаторного ведения.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 410 пациентов с ИБС: 287 мужчин и 123 женщины в возрасте от 39 до 78 лет. 312 пациентов составило группу длительного наблюдения. 128 пациентов были обследованы в рамках протоколов с «медикаментозным вмешательством», только 30 из них (протокол с небивололом) вошли в группу длительного наблюдения.

Результаты исследования. Жесткость крупных артерий ассоциирована с выраженностью коронарного атеросклероза у мужчин с ИБС. СПВпл является независимым маркером стенозирующего поражения коронарных артерий, а ее значение выше 12,4 м/с увеличивает шанс пациента иметь стеноз коронарных артерий >75% в 4,6 раза (чувствительность-0,71, специфичность-0,71).

Жесткость магистральных артерий показала себя независимым предиктором прогноза у мужчин с ИБС. СПВпл 14,0 м/с и более повышает риск развития ССО в 4,6 раза ($p<0,001$), сохраняя свое значение и после введения поправок на традиционные факторы риска. В то же время связь классических модифицируемых факторов риска с прогнозом на фоне регулярной рекомендованной терапии не достигает уровня статистической значимости (за период наблюдения в 3,5 года).

У женщин с ИБС не выявлено связи исходных показателей артериальной жесткости с прогнозом. Вероятность развития ССО в этой группе определяли классические факторы риска (отягощенная наследственность, уровень АД, суммарный риск, рассчитанный по шкале SMART).

Уменьшение артериальной жесткости является значимым предиктором благоприятного прогноза у пациентов с ИБС обоего пола, независимо от динамики других факторов риска. Отсутствие снижения СПВпл через 6 месяцев увеличивает риск развития ССО в последующие 3 года в 5,9 раза у женщин и в 3,8 раза у мужчин с ИБС.

Вывод. Результаты исследования свидетельствуют, что адекватная оценка риска развития повторных ССО у больных ИБС требует определения выраженности нарушений эластических свойств магистральных артерий.

В ходе работы апробирована и доказана высокая информативность объемной сфигмографии, простого неинвазивного метода оценки артериальной ригидности. Референсные значения СПВпл, разработанные на основе полученных данных о связи жесткости магистральных артерий с выраженностью атеросклеротического поражения коронарных артерий, открывают новые возможности неинвазивного выявления коронарного атеросклероза при амбулаторных обследованиях.

КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ

*Собиржонова Н.А., студентка 1-курса лечебного факультета
Научный руководитель: Абдусаттаров А.А., Кафедра ВОП2
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. При исследовании эпидемиологии ишемической болезни сердца в течение 40 последних лет получены данные о взаимосвязи между определенными факторами риска и наличием клинических проявлений ишемической болезни сердца. К модифицируемым факторам риска относятся дислипидемия, системную гипертензию, ожирение, сахарный диабет, высокий уровень фибриногена в плазме и курение. Немодифицируемы факторы: пол (мужчины в период жизни от 30 лет и более, женщины в климактерический и постклимактерический период), возраст (частота ишемической болезни сердца возрастает пропорционально возрасту), семейный анамнез (наличие в анамнезе ишемической болезни сердца у родителей в возрасте до 55 лет).

Биологическим субстратом возможности развития ИБС часто является ремоделирование сердца согласно теории сердечно-сосудистого континуума при артериальной гипертензии, аортальных пороках, некоторых формах кардиопатии, аномалиях развития коронарного русла и т.д. Основными причинами ишемической болезни сердца по-прежнему являются 2 или одновременно 3 из представленных: стенозирующее атеросклеротическое поражение коронарных артерий, тромбоз или тромбоэмболия коронарных артерий, вазоспазм коронарных артерий.

Цель исследования. Определить связь показателей жесткости магистральных сосудов с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска и выраженностью атеросклероза коронарных артерий, а также их прогностическую значимость у больных ИБС. Оценить возможности медикаментозной коррекции повышенной артериальной жесткости в условиях амбулаторного ведения.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 410 пациентов с ИБС: 287 мужчин и 123 женщины в возрасте от 39 до 78 лет. 312 пациентов составило группу длительного наблюдения. 128 пациентов были обследованы в рамках протоколов с «медикаментозным вмешательством», только 30 из них (протокол с небивололом) вошли в группу длительного наблюдения.

Результаты исследования. Жесткость крупных артерий ассоциирована с выраженностью коронарного атеросклероза у мужчин с ИБС. СПВпл является независимым маркером стенозирующего поражения коронарных артерий, а ее значение выше 12,4 м/с увеличивает шанс пациента иметь стеноз коронарных артерий >75% в 4,6 раза (чувствительность-0,71, специфичность-0,71).

Жесткость магистральных артерий показала себя независимым предиктором прогноза у мужчин с ИБС. СПВпл 14,0 м/с и более повышает риск развития ССО в 4,6 раза ($p<0,001$), сохраняя свое значение и после введения поправок на традиционные факторы риска. В то же время связь классических модифицируемых факторов риска с прогнозом на фоне регулярной рекомендованной терапии не достигает уровня статистической значимости (за период наблюдения в 3,5 года).

У женщин с ИБС не выявлено связи исходных показателей артериальной жесткости с прогнозом. Вероятность развития ССО в этой группе определяли классические факторы риска (отягощенная наследственность, уровень АД, суммарный риск, рассчитанный по шкале SMART).

Уменьшение артериальной жесткости является значимым предиктором благоприятного прогноза у пациентов с ИБС обоего пола, независимо от динамики других факторов риска. Отсутствие снижения СПВпл через 6 месяцев увеличивает риск развития ССО в последующие 3 года в 5,9 раза у женщин и в 3,8 раза у мужчин с ИБС.

Вывод. Результаты исследования свидетельствуют, что адекватная оценка риска развития повторных ССО у больных ИБС требует определения выраженности нарушений эластических свойств магистральных артерий.

В ходе работы апробирована и доказана высокая информативность объемной сфигмографии, простого неинвазивного метода оценки артериальной ригидности. Референсные значения СПВпл, разработанные на основе полученных данных о связи жесткости магистральных артерий с выраженностью атеросклеротического поражения коронарных артерий, открывают новые возможности неинвазивного выявления коронарного атеросклероза при амбулаторных обследованиях.

ВЛИЯНИЕ АНЕСТЕЗИИ ПРОПОФОЛОМ НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Собиров И.А., Юлдашев М.А. - магистры

Научный руководитель: Юсупов А.С., к.м.н. доцент кафедры Детской анестезиологии и реаниматологии

Ташкентского педиатрического медицинского института

Актуальность. Абдоминальные операции у детей являются высокотравматичными, могут сопровождаться кровотечением и соответственно патофизиологическими реакциями организма, приводящих неблагоприятному исходу заболеваний. Методы комбинированной анестезии с использованием пропофола с успехом может применяться в детской хирургии.

Цель исследования. Оценить эффективность анестезиологической защиты детского организма при проведении комбинированной анестезии с применением пропофола и фентанила при абдоминальных операциях у детей.

Материалы и методы исследования. Для обеспечения анестезиологической защиты у 57 больных детей в возрасте от 3 до 14 лет, при абдоминальных вмешательствах были использованы комбинации фентанила с пропофолом. Оценка эффективности анестезии проводилась на основании изучения состояния центральной гемодинамики методом эхокардиографии. Определяли следующие величины: ударный индекс (УИ) = $УОС / S \text{ мл/м}^2$, сердечный индекс (СИ) = $МОС / S \text{ л (мин} \cdot \text{м}^2)$, удельное периферическое сопротивление (УПС) = $САД / СИ$ в усл. ед. Анестезия проводилась при следующих патологиях: Болезнь Гиршпрунга, долихосигма, энтерокистома, портальная гипертензия. Продолжительность анестезии у 59,4% больных составляла до 1 часа, у 40,6% - до 2 часов. После стандартной премедикации больным в период индукции внутривенно болюсно вводились растворы пропофола (3 мг/кг) и фентанила (0,06 мг/кг). Больные были переведены на ИВЛ Доза пропофола, в период поддержания наркоза, в среднем составляла $7,3 \pm 0,4 \text{ мг/кг/час}$.

Результаты исследования. Результативность проведенной комбинированной анестезии у пациентов ознаменовалось стабильностью клинического течения и показателей центральной гемодинамики. Однако, у пациентов имелось некоторые особенности в виде тенденции снижения показателя ОПСС на 8,7%, СИ на 4,5%, САД на 3,6%. Пробуждение от наркоза у пациентов составлял $35,0 \pm 1,12 \text{ мин}$.

Выводы. Таким образом, комбинированная анестезия с использованием пропофола и фентанила характеризуется гладким клиническим течением и минимальным влиянием на показатели центральной гемодинамики при абдоминальных операциях у детей.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ В УСЛОВИЯХ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ

Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детской анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Оценка гемодинамических показателей относится к ведущим критериям безопасности анестезии. Гарвардский стандарт мониторинга анестезии входит: измерение артериального давления и пульса каждые 5 мин, оценка минимум 1 из параметров кровообращения: пальпация пульса, аускультация сердечных тонов, кривая артериального давления, пульсоплетизмография, пульсоксиметрия. С помощью метода объемной компрессионной осциллометрии возможно более точно оценить состояние сердечно-сосудистой системы.

Цель. Оценка гемодинамических показателей в условиях тотальной внутривенной анестезии кетаминот и пропофолом с помощью комплекса аппаратно-программного неинвазивного исследования центральной гемодинамики методом объемной компрессионной осциллометрии.

Материалы и методы. Проспективное, нерандомизированное, неконтролируемое исследование проводилось на базе Клиники АГМИ г. Андижан. Объектом исследования явились люди: 18 пациентов обоего пола, находящихся на лечении в ожоговом отделении, которым выполняли аутодермопластику под тотальной внутривенной анестезией пропофолом в комбинации с кетаминот в период с ноября 2019 по февраль 2020 г. Критерии включения в исследование: площадь забора кожи до 300 см² и низкий анестезиологический риск больных (I-II по ASA). Критерии исключения из исследования: ожоговая болезнь, возраст старше 60 и меньше 18 лет, продолжительность наркоза больше 30 минут. Определяемые показатели: сердечный выброс (л/мин), мощность сокращения левого желудочка (Вт), объемная скорость выброса левого желудочка (мл/сек), общее периферическое сопротивление сосудов (дин.см⁵/сек). Параметры регистрировали при помощи комплекса аппаратно-программного неинвазивного исследования центральной гемодинамики методом объемной компрессионной осциллометрии "Глобус" (производитель ООО "Глобус", г. Белгород, № сертификата ТУ 0441-003-22221983-2004). Измерения производили перед операцией, во время индукции, в начале хирургической стадии наркоза и через 5 минут после пробуждения.

Результаты обработали с помощью критериев Уикоксона и Фридмана в программах Biostat 5.0.1. и Microsoft Excel 2010. Данные представлены медианой и интерквартильным интервалом с указанием значения статистической значимости p .

Результаты исследования. Установлено, что во время индукции повышается ($p < 0,05$) сердечный выброс 6,1 (5,7; 6,35) л/мин против 5,5 (5,2; 6,2) л/мин до операции, а в хирургическую стадию 5,7 (5,35; 6) л/мин ($p < 0,05$) и после пробуждения 5,8 (5,35; 5,95) л/мин ($p < 0,05$) снижается. При оценке мощности сокращения левого желудочка выявлена стабильность данного показателя ($p = 0,125$): до операции 2,5 (1,9; 3) Вт, во время индукции 2,5 (2; 2,5) Вт, во время хирургической стадии 2,5 (2,45; 2,75) Вт и после пробуждения 2,4 (2,3; 2,95) Вт. Анализ объёмной скорости выброса показал подъем ($p < 0,05$) данного показателя во время индукции 187 (159; 209) мл/сек. против 168 (159; 191) мл/сек. ($p < 0,05$) до операции, снижение ($p < 0,05$) во время хирургической стадии 182 (169,5; 210,5) мл/сек. И повышение ($p < 0,05$) после пробуждения 188 (181,5; 207,5) мл/сек. Общее периферическое сопротивление сосудов увеличивалось ($p < 0,05$) в течении всего периода наркоза: 1285 (1215; 1520) дин/см⁵/сек., 1449 (1322; 1503) дин/см⁵/сек., 1454 (1277; 1539) дин/см⁵/сек. ($p < 0,05$), 1461 (1400; 1523) дин.см⁵/сек. соответственно стадиям наркоза. Таким образом, с помощью аппарата "Глобус" появляется возможность более точного мониторинга основных параметров гемодинамики, что может повысить безопасность проведения тотальной внутривенной анестезии.

Выводы. При проведении тотальной внутривенной анестезии пропофолом в комбинации с кетаминном сердечный выброс, объёмная скорость выброса и общее периферическое сопротивление сосудов повышаются во время индукции и снижаются, кроме последнего параметра, в период хирургической стадии наркоза. Мощность сокращения левого желудочка в течение анестезии стабильна. В период пробуждения данные показатели переменны.

ПРОБЛЕМА ТРОМБОЗОВ В ОНКОЛОГИИ

Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детской анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Во многих странах мира смертность от злокачественных опухолей вышла на первое место (США, Канада, Франция и др.). Венозные тромбозы и тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) являются одной из основных причин смерти у онкологических больных. Поэтому тромбопрофилактика является одним из важных компонентов комплексного лечения в онкологии. Этому вопросу было посвящено достаточно большое количество времени на 3 Всемирном Конгрессе "Controversies in Thrombosis and Hemostasis", который прошел в конце октября 2018г. Риск развития ВТЭО увеличивается у онкологических больных в 6 раз, а при наличии метастазов в 13 раз.

На съезде было представлено, что опухолевая клетка напрямую вызывает нарушение ангиогенеза за счет действия цитокинов, воздействуя на моноциты она стимулирует образование фибрина, а также она вырабатывает специфический коагулянт (С-цистеиновая протеаза), который изменяет состояние гемостаза. Причем образующийся фибрин окружает опухолевую клетку и защищает её от воздействия иммунных клеток, хотя механизмы действия которых многообразны. Поэтому моноклональные антитела против опухолевых антигенов не могут связаться с клеткой и вызвать уничтожение её. В докладах показано, что очень часто одним из значительных факторов развития ВТЭО является установка венозного катетера в центральную вену. Другими факторами развития тромбозов является венозный стаз и инвазивное повреждение сосудистой стенки, а также проводимое лечение - хирургическое, химиотерапия и другие. ВТЭО могут возникать на протяжении всего периода развития болезни. Для оценки риска ВТЭО во всем мире используется модифицированная шкала Chорана (Хорана). В ней оценивается риск развития ВТЭО в зависимости от локализации опухоли, количества тромбоцитов, лейкоцитов, эритроцитов и массы тела пациента.

Особое внимание уделялось профилактике ВТЭО у терапевтических пациентов с ЗНО. Так был установлен обязательный уровень профилактики IA для стационарных онкологических пациентов с ограниченной подвижностью и тяжелыми лекарственными осложнениями. Такой же уровень доказательности существует для пациентов, получавших адъювантную ХТ или ГТ когда тромбопрофилактика не показана. Представлены на съезде клинические рекомендации профилактики ВТЭО у пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями от 2016 года. Профилактика ВТЭО должна в обязательном порядке включаться в общую схему лечения у онкологических больных. Такая программа существует и в краевом онкологическом диспансере, особенно четко она отработана для профилактики ВТЭО у хирургических больных. Это позволяет существенно сократить количество тромбоэмболических осложнений.

ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ

Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.

Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детских анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Холодовой фактор приводит к тяжелым видам повреждения нервной ткани [1]. В гипотермическом и постгипотермическом периодах холодовой травмы с нарушением сознания поступают до 97 % пострадавших, отек головного мозга развивается в 69 % случаев, а в группе умерших явления отека и набухания головного мозга встречается до 96%, что и является непосредственной причиной смерти [2].

В настоящее время в практической медицине достаточно широко используются маркер поражения ткани мозга - S-100B. Увеличение уровня данного биомаркера в сыворотке крови регистрируется при повреждении нервной ткани и астроглиозе при черепно-мозговой травме, ишемическом и геморрагическом инсультах, гипоксической энцефалопатии, внутрижелудочковом кровоизлиянии. Представленные данные позволяют применять тканеспецифический белок для оценки тяжести и прогнозирования исхода различных заболеваний [3].

Цель работы. Выявить закономерности изменения уровня белка S-100B у пациентов с острой общей холодовой травмой в гипотермическом периоде.

Материалы и методы. В исследование включены 45 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет (3 группы по 15 больных - с легкой, средней и тяжелой степенью гипотермии), госпитализированных в отделение реанимации в клинике АГМИ г. Андижан в гипотермическом периоде ООХТ. В группу контроля входили 15 здоровых добровольцев. Исследуемые группы не отличались по полу, возрасту и массе тела. Всем пациентам при поступлении одновременно определяли уровень S-100B в сыворотке крови посредством твердофазного иммуноферментного анализа. Критерии исключения из исследования: сахарный диабет, кахексия различной этиологии, заболевания сосудов, острое нарушение мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма, спинальная травма, внутрижелудочковые кровоизлияния, сепсис, хроническая алкогольная интоксикация, эндогенные психические расстройства. Продолжительность догоспитальной гипотермии составляла от 1 до 4 часов. Диагноз и степень тяжести ООХТ устанавливались на основании клинической картины заболевания и оценивались по шкале Сизоненко В.А., 2010. Основные клинико-лабораторные показатели пациентов, включенных в исследование, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные клинические показатели пациентов с ООХТ

Основные клинические показатели	Легкая степень ООХТ n=15	Средняя степень ООХТ n=15	Тяжелая степень ООХТ n=15
Температура тела в прямой кишке (° C)	35,2 [34,1; 36,1]	33,5 [32,4; 35,0]	29,6 [28,1; 32,2]
Степень утраты сознания	ясное	оглушение - сопор	кома
Систолическое артериальное давление (мм.рт.ст.)	135 [122; 144]	112 [101; 120]	75 [63; 87]
Диастолическое артериальное давление (мм.рт.ст.)	97 [87; 104]	67 [59; 73]	33 [30; 38]
Частота сердечных сокращений (уд./мин.)	103 [90; 124]	88 [65; 104]	51 [38; 65]
Частота дыхательных движений (в минуту)	24 [18; 27]	15 [12; 18]	11 [10; 14]
Уровень гликемии (ммоль/л)	4,2 [3,2; 5,7]	2,5 [2,1; 3,2]	1,5 [1,3; 1,8]

Для проведения твердофазного иммуноферментного анализа использовали следующее оборудование: шейкер-термостат ElmiST-3 (Латвия), автоматический вошер Atlantis-4 (Великобритания), иммуноферментный анализатор Expert 96 (Великобритания). Определение концентрации белка S100B проводили тест-системой фирмы "Fujirebio" (Швеция).

Пациентам применяли респираторную терапию, инфузию теплых растворов, введение глюкозы, вазопрессоров при гипотонии. В случае остановки сердечной деятельности выполняли реанимационное пособие в соответствии с рекомендациями ЕСР (2015).

Статистическая обработка данных выполнялась методами непараметрической статистики с использованием критерия Крускаля-Уоллиса, анализ показателей сравниваемых групп проводился попарно. Расчёты осуществлялись с помощью программы Statistica 7.0. Числовые данные представлены в виде медианы и интерквартильного интервала [25;75 перцентиль]. Статистически значимыми различия показателей в исследуемых группах считались при уровне $p < 0,05$.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Результаты исследования. При исследовании белка S100 в сыворотке крови обнаружено, что его уровень у добровольцев контрольной группы и пациентов ООХТ легкой степени не различался, при этом повышался у больных II и III групп исследования, достигая наибольших значений при терминальной гипотермии до 1718 [1535; 2027] нг/л ($p<0,03$) (таблица 2).

Летальный исход наступил у 4 пациентов в случае критической гипотермии на фоне церебральной и сердечнососудистой недостаточности.

Таблица 2

Показатель S100B в исследуемых группах

Уровень биомаркера в сыворотке крови	Группа контроля n=15	Легкая степень ООХТ n=15	Средняя степень ООХТ n=15	Тяжелая степень ООХТ n=15
S100B, (нг/л)	87 [66; 108]	81 [79; 89] $p1>0,3$ $p2<0,02$ $p3<0,001$	753 [354; 765] $p1<0,02$ $p3<0,03$	1718 [1535; 2027] $p1<0,0001$ $p2<0,03$

Сокращения: p1- достоверность различий по сравнению с группой контроля;

p2- достоверность различий по сравнению с группой II (ООХТ средней тяжести);

p3- достоверность различий по сравнению с группой III (ООХТ тяжелой степени).

Обсуждение. На разрушение мозговой ткани указывает повышение уровня S100B в сыворотке крови, что позволяет дать прижизненную оценку состоянию центральной нервной системы [4]. Исследования позволили рассматривать S100B как один из узловых молекулярных компонентов сложных внутриклеточных систем, обеспечивающих функциональный гомеостаз клеток мозга путем сопряжения и интеграции разноплановых метаболических процессов [5]. Возрастание уровня S100B приводит к вторичному повреждению нейронов, опосредованному токсическими свойствами белка, несмотря на то, что первоначально его экспрессия является компонентом компенсаторного ответа [6]. Высокое содержание белка S100B в сыворотке крови находится в прямой зависимости от степени выраженности церебральных нарушений при травматических, онкологических и метаболических заболеваниях [7]. У пострадавших в первые 24 часа с момента получения спинальной травмы уровень S100B в сыворотке крови находится в существенной корреляции с тяжестью неврологического дефицита [8]. У пациентов с легкой черепно-мозговой травмой концентрация данного биомаркера возрастает до 510 нг/л [9]. В группе больных находившихся в состоянии комы, возникшей в результате остановки сердечной деятельности, с проведенными, в последующем успешными, реанимационными мероприятиями, пороговый уровень S100B предсказывающий в дальнейшем неблагоприятный неврологический исход составляет более 1030 нг/л, вегетативное состояние или смерть мозга соответствует более 1640 нг/л [10]. При этом пограничные цифровые значения S100B в сыворотке крови у пациентов с отсутствием неврологического дефицита составляют менее 230 нг/л [9, 10]. Нами установлено, что у пострадавших с легкой степенью гипотермии, не имеющих церебральных нарушений (Glasgowcomascale (GCS) - 15), максимальное значение S100B в сыворотке крови достигало 137нг/л. У пациентов с ООХТ средней степени при нарушении сознания от оглушения до сопора (GCS - 14 - 9) минимальное значение S100B соответствовало 303 нг/л, максимальное - 832 нг/л. У пострадавших с тяжелой степенью ООХТ на фоне комы (GCS-8-6) зарегистрированы концентрации S100B от 852 до 2260 нг/л, причем в 4 случаях с критической гипотермией, сопровождающейся прогрессированием церебральной недостаточности (GCS - 6-3) с уровнем тканеспецифического белка свыше 2001 нг/л наступил летальный исход. Полученные нами данные не только подтверждают результаты вышеперечисленных работ, но и, безусловно, дополняют их. Как следствие, цифровые значения S100B в сыворотке крови находятся в прямой зависимости от прогрессирования церебральных нарушений, а наибольшие концентрации данного биомаркера регистрируются при смерти мозга.

Заключение. Увеличение концентрации S-100B в сыворотке крови у пациентов со средней и тяжелой степенью ООХТ, очевидно, обусловлено церебральной ишемией, связанной преимущественно с дисциркуляторными нарушениями при холодовом воздействии. Тяжесть поражения центральной нервной системы и прогрессирование церебральных нарушений у больных со средней и тяжелой степенью ООХТ, в определенной мере, отражают особенности реакции структур мозга на гипоксию и метаболический стресс, и находится в прямой зависимости от степени гипотермии и уровня биомаркера в сыворотке крови. Возрастание цифровых значений нейроспецифического белка у пациентов со средней и тяжелой степенью ООХТ, вероятно, свидетельствует о нарушении микроциркуляции ткани мозга гипоксически-ишемического генеза, гибели реактивных астроцитов и вторичном повреждении нейронов. Данные нарушения прогрессируют при нарастании степени тяжести ООХТ и в случае критической гипотермии могут привести к летальному исходу. Как следствие, представляется перспективным дальнейшее сопоставление динамики клинической картины, отражающей дисбаланс биохимических процессов в головном мозге при системной гипотермии, с уровнем биомаркера в сыворотке крови в качестве предиктора течения заболевания и ответа на лекарственную терапию.

Вывод. У пациентов с легкой степенью гипотермии и добровольцев контрольной группы уровень белка S100 β в сыворотке крови не различается. При этом его концентрация возрастает у больных со средней и тяжелой степенью острой общей холодовой травмы, достигая наибольших значений при критической гипотермии до 1718 [1535; 2027] нг/л.

НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.

*кафедра анестезиологии – реаниматологии и детской анестезиологии – реаниматологии
андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Поиск новых подходов к оценке результативности анестезиологической защиты пациентов, способствующих снижению хирургического риска, по-прежнему остается актуальным направлением научных исследований. Несмотря на внедрение малоинвазивных технологий в хирургии, продолжают регистрироваться осложнения различного генеза. Углубленное изучение патогенеза операционной агрессии и методов ее купирования способны улучшить исходы лечения.

Целью исследования стала разработка нового подхода к оценке результативности анестезиологической защиты пациентов во время лапароскопических вмешательств по поводу желчнокаменной болезни на основе применения теории детерминированного хаоса.

Материалы и методы. В исследование включили 81 больного (61 женщина и 20 мужчины), которым по экстренным показаниям проводилось лапароскопическая холецистэктомия. Основным методом анестезиологического обеспечения проводимых вмешательств была комбинированная анестезия на фоне медикаментозной миоплегии и искусственной вентиляции легких. Основным методом контроля интраоперационного состояния больных был полимониторинг общепринятых параметров, в том числе артериального давления (прежде всего среднего АД) и пульса. Их величины, фиксируемые для дальнейшей статистической обработки каждые последовательные 5 минут за весь период оперативных вмешательств, сравнивали с рамками варьирования, характерными для состояния покоя в норме: 60-90 в 1 мин для пульса и 76,6-106,6 мм. рт. ст. для сАД. Отличия более 20% оценивали как превышающие порог "стресс-нормы".

Текущую организацию гомеостатической функции оценивали с помощью его однопараметрической энтропийной модели. Для этого непрерывно накапливались данные о случайно-подобной динамике относительной энтропии кардиоритма, по которым восстанавливался и анализировался странный аттрактор этого процесса.

Результаты и их обсуждение. Хирургическое воздействие на больного на фоне проводимого наркоза во всех случаях, несмотря на выключение сознания и управляемую гипорефлексию, все же приводило к возникновению определенных гемодинамических реакций. Вместе с тем, анализ разброса значений контролируемых параметров показал, что их сдвиги были минимальными. Отклонения пульса относительно среднего значения ($89,5 \pm 0,7$ уд. в мин) за операцию не превышали 6-7%. Текущие изменения сАД, которые колебались вокруг трендов и составляли $7,1 \pm 2,1\%$ от среднего по группе значения ($103,8 \pm 8,2$ мм. рт. ст.), были кратковременными. Эти факты позволили заключить, что ведение лапароскопической холецистэктомии по общим правилам на фоне многокомпонентной анестезии обеспечивало необходимый уровень защиты от хирургического стресса. Вместе с тем, учитывая существенно отличавшуюся длительность вмешательств, было очевидно, что индивидуальная "внутренняя цена" поддержания эффективной интраоперационной стабильности пациентов значительно варьировала. Выявить эти особенности при, казалось бы, одинаково приемлемом антистрессорном результате анестезиологического пособия стало возможным, разделив всю выборку исследованных пациентов на две группы, которые отличались длительностью госпитализации. В стационаре менее недели находились 61 больной (1-я группа), дольше этого срока (в среднем $11,4 \pm 2,1$ дня) - 20 оперированных пациентов (2-я группа).

Преходящая симптоматика, наблюдавшаяся в послеоперационном периоде, была разнообразной. В половине случаев она определялась реактивным воспалением в области послеоперационной раны, купировавшимся в более длительные сроки у пациентов 2-й группы. Одной из вероятных причин таких послеоперационных реакций, по-видимому, был имевший место в преморбидном периоде скрытый иммунодефицит у лиц, составивших 2-ю группу, поскольку предоперационное обследование выявило у них лимфопению. У остальных оперированных лиц 2-й группы наблюдался более выраженный болевой синдром в области раны, транзиторная гипербилирубинемия или сочетание вышеприведенных преходящих расстройств.

Основной технологии, выявляющей особенности организации системного регулирования, стало описание данных мониторинга кардиоритма путем оценки феномена его вариабельности в части динамики информационной характеристики хронотропной активности сердца - энтропии. Суждение об устойчивости состояния интегрального регулирования основывалось на результатах анализа детерминированно-хаотического поведения относительной энтропии кардиоритма, представленного в виде аттрактора со всеми его топологическими особенностями [17]. Фазовую траекторию на теле аттрактора последовательно сканировали с шагом мерности динамического процесса, равным 1, в диапазоне ее значений 20-300, с

получением в результате набора кривых динамики величин коэффициента степени хаотичности (КСХ). Последовательное сравнение полученных кривых динамики КСХ выявило эффект неоднородности их формы. Эта особенность дала возможность сформировать набор отдельных кластеров, состоящих из группировок близких по форме реализаций. Принадлежность к отличающимся кластерам определялась накоплением различий в формах кривых, полученных при сканировании с шагом 1 по мере наращивания мерности процесса, которые превышали 20%. Затем каждый кластер был охарактеризован представительным графиком КСХ по результатам последовательного усреднения текущих значений всего набора входящих в него кривых. Оказалось, что в частных случаях имелось индивидуальное число таких уровней хаотичности. В топологическом смысле выявился принцип формирования "тела" аттрактора как комплексного объекта по принципу "матрешки" с вложенными в него оболочками, имеющими те же случайно-подобные свойства, что и макрообъект. Поскольку траектория характеризовалась непрерывностью, выявленные оболочки (структурные уровни) аттрактора были взаимосвязаны. Существенной особенностью оказалось наличие варьирования степени хаотичности внутри каждого из выявленных уровней с чередованием областей сгущения и разряжения фиксируемых отсчетов, характеризующих поведение системы в областях многомерного пространства существования, куда фазовая траектория входила не только последовательно, но и повторно, формируя петли. Отсюда следовало, что внутри каждого из уровней комплексного аттрактора имелись аналогичные по свойствам, но меньшие по объему "вторичные" локальные притягивающие множества, которые представляли собой взаимосвязанные субаттракторы.

Таким образом, при анализе аттракторов динамики энтропии кардиоритма, выявилась их скрытая индивидуальная структура, согласно основному допущению отражающая иерархию взаимодействующих уровней системного гомеостатического регулирования, определяющих сложность структуры синусового ритма сердца, мониторируемой в момент проведения операций. В связи с этим для каждого больного стало возможным получить индивидуальный портрет информационно-энтропийной модели его гомеокинеза со всеми его скрытыми реакциями, возникавшими в процессе лапароскопической холецистэктомии в ситуации, когда общепринятый мониторинг гемодинамических параметров во всех случаях выглядел сходно и не давал возможности прогнозировать особенности течения послеоперационного периода.

Результатом стало подтверждение факта наличия у ряда больных скрытой неустойчивости гомеостатического регулирования, и появилась возможность оценить ее глубину и длительность. Предложенные новые параметры в разной степени отражали данный феномен, и для оптимизации их числа провели сравнительный анализ результативности. Выявилось, что структура ветвления вторичных режимов (локальных притягивающих множеств второго порядка в теле аттракторов энтропии кардиоритма), отражавших динамику процесса интегрального регулирования в процессе проводимых оперативных вмешательств, была различной вследствие действия на системный гомеостаз совокупности неявных факторов, которые в случае 2-й группы вызывали скрытые и недостаточно компенсируемые проводимым анестезиологическим пособием реакции.

Этот факт позволяет заключить, что предлагаемый подход к интегральной оценке интраоперационной устойчивости пациентов при лапароскопической холецистэктомии, основанный не на анализе отклонений известных мониторируемых параметров, от их неких "нормальных" значений, а на оценке степени устойчивости организации самого системного гомеостатического регулирования, понимаемого как случайно-подобный феномен, объективно возможен и позволяет выявлять скрыто протекающие процессы для дополнительной, более полной объективизации и прогнозирования состояния больных на основе уже имеющихся стандартных средств контроля за счет более углубленной обработки общепризнанных рутинных параметров мониторинга.

Заключение. Новый подход к оценке эффективности анестезиологического пособия при эндоскопической холецистэктомии возможен в рамках анализа нелинейных свойств синусового кардиоритма как маркера устойчивости организации интегрального гомеокинеза больных.

Включение новых интегральных параметров, отражающих степень организации системного регулирования на фоне проводимой лапароскопической холецистэктомии, позволяет найти альтернативный путь к индивидуальной диагностике скрытых изменений адаптации, ведущих к формированию условий для развития клинической симптоматики, ведущей к увеличению послеоперационного периода заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.

*Кафедра анестезиологии – реаниматологии и детской анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Лечение ожоговой травмы сопровождается значительным количеством оперативных вмешательств, выполняемых под однокомпонентной тотальной внутривенной анестезией. Вероятная послеоперационная

когнитивная дисфункция негативно влияет на психологическую установку пациента на проводимое лечение, тем самым удлиняет сроки выздоровления. Оптимизация анестезиологической защиты у больных с термическими поражениями способствует повышению качества лечения и исходов патологии.

Цель исследования: сравнить влияние препаратов для наркоза "Кетамин" и "Диприван" на когнитивный статус у пациентов с термической травмой в послеоперационном периоде в условиях однокомпонентной тотальной внутривенной анестезии.

Материалы и методы. Исследование проспективное, нерандомизированное, неконтролируемое проведено на базе Клиники АГМИ г. Андижан с ноября 2019 г. по январь 2020 г. Обследовано 30 пациента ожогового отделения, которым планировалась аутодермопластика под тотальной внутривенной анестезией (ТВА) на спонтанном дыхании. Возраст пациентов составил от 26 года до 45 лет, из них 25 мужчин. Критерии включения в исследование: уровень образования не ниже среднего специального (10 человек) или общего среднего (20 человека). Критерии исключения из исследования: ожоговая болезнь, наличие в анамнезе алкоголизма, цереброваскулярной патологии, больные со статусом по ASA больше II, длительностью анестезии больше 30 минут, повторным хирургическим вмешательством, а также пациенты с исходными когнитивными нарушениями. Исследуемые разделены на 2 группы наблюдения по принципу применения Кетамина (19 человек) либо Дипривана (11 человек) для осуществления ТВА. Показатели обеих групп до операции не имели различий ($p>0,05$). Для исследования когнитивного статуса использовали Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA) и тест Шульте. Тестирование проводили за 1 день до операции, на 3-е и 6-е сутки после операции. С помощью MoCA оценивали внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию [8]. Обследование пациента занимало 10 минут. По окончании тестирования подсчитывались баллы. Тестом Шульте вычисляли такие показатели, как эффективность работы и психическая устойчивость. Результат измерялся в секундах. Статистический анализ проведен с помощью критериев Фридмана, Уилкоксона и Манн-Уитни в программах Primer of Biostatistics (4,03) и Microsoft Excel 2019. Результаты представлены медианой и интерквартильным отрезком с указанием значения статистической значимости p .

Результаты. В группе испытуемых, получавших кетаминный внутривенный наркоз, установлено, что сумма баллов по Монреальской шкале на 3-и сутки: 18 (19; 24) меньше ($p<0,05$), чем количество баллов до операции: 20 (20; 21). По итогам теста Шульте у этой же группы отмечалось увеличение времени на 6-е сутки: 41 (47; 72) сек. по сравнению с результатами до оперативного вмешательства: 36 (45; 65) сек., $p<0,02$. Показатели группы исследуемых, получавших наркоз Диприваном, по тестам MoCA и Шульте не изменялись до и после оперативного вмешательства ($p>0,05$). При сравнении в результатах групп имелись различия на 3-и сутки после операции по шкале MoCA: 18 (19; 24) у испытуемых, получавших наркоз с использованием Кетамина, значения группы, получавшей дипривановый наркоз: 22 (25; 25,75), ($p<0,05$). Различий в показателях таблиц Шульте на протяжении исследуемого послеоперационного периода и MoCA на 6-е сутки после оперативного вмешательства не выявлено ($p>0,05$).

Выводы. У пациентов с нетяжелой термической травмой, перенесших аутодермопластику в условиях тотальной внутривенной анестезии на спонтанном дыхании с использованием Кетамина, уменьшаются показатели когнитивного статуса на 3-и и 6-е сутки после наркоза. У больных саналогичными травмой и операцией, но с применением Дипривана, параметры когнитивного статуса остаются неизменными до и после оперативного вмешательства, а на 6-е сутки некоторые из них оказываются меньше (или больше), чем при использовании Кетамина.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Сабирова Асаль Рустамовна-Студент 208 группы медико-педагогического факультета
Научные руководители: Жамалова Феруза Абдусаламовна, Юсупова М.И. Шакулов Х.Ш., кафедра
микробиологии, вирусологии и иммунологии
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Бруцеллёз - зоонозное, инфекционно-аллергическое заболевание, склонное к хронизации, протекающее с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, нервной и половой систем.

Цель. Проведение анализа клинико-эпидемиологических особенностей хронического бруцеллеза у 45 больных, находившихся на стационарном лечении в 2017–2019 годах в областной больнице инфекционных болезней г. Самарканда.

Материал и методы. Диагноз подтверждался специфическими лабораторными исследованиями (реакции Райта, Хеддельсона, РПГА). Длительность болезни в среднем составила $1,06 \pm 0,8$ лет. Среди заболевших преобладали мужчины (72,4%). Средний возраст больных составил $32,3 \pm 10,7$ лет. Преобладали легкие и среднетяжелые формы болезни (96,7%).

Результаты. Жалобы на боли в суставах и позвоночнике предъявляли 92% больных, на потливость, слабость, головные боли, быструю утомляемость – 64%. Поражение периферической нервной системы обнаружены в 47% случаев. Со стороны сердечно-сосудистой системы приглушение сердечных тонов и нарушение внутри желудочковой проводимости отмечалось в 68% случаев. Лишь у 3,7% пациентов отмечалось повышение температуры тела. Увеличение печени наблюдалось в 42,4%, селезенки – у 1,6% больных. Со стороны гемограммы лейкоцитоз отмечался в 6,8%, относительный лимфоцитоз – в 41,3%, тромбоцитоз – в 12,6% случаев. Повышение уровня фибриногена и ЦИКов отмечалось у 12,8% и 6,9% пациентов соответственно.

Подавляющее большинство больных (86,3%) составили жители сельской местности. Среди пациентов профессионально связанных с животноводством преобладали ветеринарные работники, пастухов более 74% из них отмечали контакт с больными или положительно реагирующими животными. Большинство пациентов инфицировались при контакте с биоматериалом от животных при родовспоможении и заборе крови.

Выводы. Таким образом, хронический бруцеллез на современном этапе сохраняет свои основные черты: склонность к длительному рецидивирующему течению и полиорганность поражения. Однако по нашим данным хронизация инфекционного процесса происходит в более ранние сроки, чем при классическом бруцеллезе.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ МАТКИ

Собирова М.Р., ассистент кафедры «Акушерства и гинекология, детская гинекология»

Научный руководитель: Курбанов Б.Б

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема опущения и выпадения матки представляет в настоящее время серьезную социальную и медицинскую проблему. Одной из основных проблем хирургического лечения пролапса гениталий остается высокая частота рецидива заболевания. На сегодняшний день сложно подобрать необходимый вид оперативного вмешательства в зависимости от степени пролапса, возраста женщин.

Цель нашего исследования: Провести дифференцированный подход и выбор оперативного метода коррекции пролапса гениталий у женщин.

Материалы и методы исследования: Проведено исследование 90 женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов. С учетом метода хирургической коррекции все обследуемые женщины были разделены на две группы. В первую (основную) группу включены 50 женщин, которым были проведены операции влагалищная гистерэктомия с фиксацией культи влагалища с синтетическим проленовым протезом. Вторую группу составили 40 женщин, которым были произведены влагалищная экстирпация матки традиционными методами. Все операции выполнялись с целью хирургического лечения опущения и выпадения матки. Всем обследуемым женщина на до операционном этапе проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование. Возраст обследованных женщин колебался от 42-66 лет.

Результаты исследования: У женщин в первой группе влагалищная экстирпация матки производилась с ушиванием крестцово-маточных связок с синтетическим проленовым протезом и фиксацией ее к культе влагалища и к седалищной связке. При этом формируется глубокое влагалище и предотвращается возможный риск выпадения в будущем культи влагалища. Продолжительность данной операции варьировала от 50 до 75 минут. Женщины находились в стационаре в среднем 4-5 дней. Средняя кровопотеря составила - 160±30мл. При этом не было интраоперационных осложнений.

У женщин во второй группе средняя продолжительность хирургического лечения составила от 60 до 95 минут. Длительность нахождения женщин в клинике 5-6 дней. Средний объем кровопотери составил - 195±35мл.

Во второй группе в двух случаях в послеоперационном периоде наблюдался воспалительный процесс, который был ликвидирован после усиленной антибактериальной терапии.

Очевидные различия в пользу женщин в первой группе нами наблюдались в интра- и ближайший послеоперационный период в виде: уменьшения длительности операции; меньшей инвазивности оперативного вмешательства; формировании глубокого влагалища; меньшей кровопотери.

Минимизация хирургической агрессии за счет дифференцированного выбора метода операции, профилактики операционных осложнений вследствие усовершенствования отдельных этапов хирургического вмешательства позволили повысить эффективность операции и сократить послеоперационный койкодень.

Выводы: Использование синтетических протезов по новой предложенной методике в коррекции опущения и выпадения матки является перспективным. При выполнении операций по поводу пролапса гениталий важнейшей задачей является снижение количества осложнений и рецидивов.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Собирова М.Р., ассистент кафедры «Акушерства и гинекологии, детской гинекологии»

Научный руководитель: Курбанов Б.Б

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема опущения и выпадения матки представляет в настоящее время серьезную социальную и медицинскую проблему. Одной из основных проблем хирургического лечения пролапса гениталий остается высокая частота рецидива заболевания. На сегодняшний день сложно подобрать необходимый вид оперативного вмешательства в зависимости от степени пролапса, возраста женщин.

Цель нашего исследования: Провести дифференцированный подход и выбор оперативного метода коррекции пролапса гениталий у женщин.

Материалы и методы исследования: Проведено исследование 90 женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов. С учетом метода хирургической коррекции все обследуемые женщины были разделены на две группы. В первую (основную) группу включены 50 женщин, которым была проведена операция - влагалищная гистерэктомия с фиксацией культи влагалища с синтетическим проленовым протезом. Вторую группу составили 40 женщин, которым была произведена влагалищная экстирпация матки традиционными методом. Все операции выполнялись с целью хирургического лечения опущения и выпадения матки. Всем обследуемым женщинам на до операционном этапе проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование. Возраст обследованных женщин колебался от 42-66 лет.

Результаты исследования: У женщин в первой группе влагалищная экстирпация матки производилась с ушиванием крестцово-маточных связок с синтетическим проленовым протезом и фиксацией ее к культе влагалища и к седалищной связке. При этом формируется глубокое влагалище и предотвращается возможный риск выпадения в будущем культи влагалища. Продолжительность данной операции варьировала от 50 до 75 минут. Женщины находились в стационаре в среднем 4-5 дней. Средняя кровопотеря составила - 160 ± 30 мл. При этом не было интраоперационных осложнений.

У женщин во второй группе средняя продолжительность хирургического лечения составила от 60 до 95 минут. Длительность нахождения женщин в клинике 5-6 дней. Средний объем кровопотери составил - 195 ± 35 мл.

Во второй группе в двух случаях в послеоперационном периоде наблюдался воспалительный процесс, который был ликвидирован после усиленной антибактериальной терапии.

Очевидные различия в пользу женщин в первой группе нами наблюдались в интра- и ближайший послеоперационный период в виде: уменьшения длительности операции; меньшей инвазивности оперативного вмешательства; формировании глубокого влагалища; меньшей кровопотери.

Минимизация хирургической агрессии за счет дифференцированного выбора метода операции, профилактика операционных осложнений вследствие усовершенствования отдельных этапов хирургического вмешательства позволили повысить эффективность операции и сократить нахождение больных в стационаре в послеоперационном периоде.

Выводы: Использование синтетических протезов по новой предложенной методике в коррекции опущения и выпадения матки является перспективным. При выполнении операций по поводу пролапса гениталий важнейшей задачей является снижение количества осложнений и рецидивов.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ФОРМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

С.С.Содиқов -магистр 2-курса

Научный руководитель: М.Т.Бутабоев

Андижанский государственный медицинский институт

Под нашим наблюдением находились 75 больных профессиональной формой бронхиальной астмы и 22 больных контрольной группы, которые лечились существующими методами лечения. В основной группе использована программа, разработанная нами в такой последовательности: лечебная физкультура, фонофорез новокаиновой мази на область гломус каротис и точечный массаж.

У больных профессиональной формой бронхиальной астмы после стационарного лечения в основной группе отмечалось хорошее самочувствие у 68 больных (89,8%), незначительное улучшение наблюдалось у 5 больных (8,9%) и у 2 (2,5%) осталось без перемен. В контрольной группе у 14 больных (63,6%) отмечалось хорошее самочувствие, у 6 (27,4%) – некоторое улучшение и у 2 (9%) – без перемен.

Приступы удушья прекратились у 69 больных (92%), стали реже и слабее у 3 (4%), участились приступы у 3 больных (4%). В контрольной группе у 3 больных (13,66%) прекратились приступы удушья, у 14 (63,6%) состояние значительно улучшилось и уменьшилось количество приступов, у 5 (22%) – состояние

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

осталось без перемен. Одышка прекратилась у 69 больных (92%), у 2 (2,7%) – осталось лишь при физической нагрузке, у 4 (5,3%) остались без перемен.

При изучении отдалённых результатов было отмечено, что у 17 (22,6%) повторное обострение наблюдалось через 12 месяцев, у 51 больного (68%) – через 18 месяцев, у 2 (2,6%) – через 24 месяцев и у 5 (6,8%) – за время наблюдения в течении 24 месяцев обострений не наступило. В контрольной группе у 7 больных (31,8%) через 6 месяцев обострение процесса, у 13 (59%) – через 12 месяцев, у 2 (9,2%) – через 18 месяцев.

У больных хронической пневмонией хорошее самочувствие после стационарного лечения отмечалось у 34 больных (80,95%), некоторое улучшение у 4 (9,5%) – осталось без перемен.

В контрольной группе у 13 больных из 22 (59,1%) было хорошее самочувствие, у 7 (31,9%) – самочувствие несколько улучшилось, у 2 (9%) – без перемен. Одышка в основной группе прекратилась у 32 (76,2%), у 6 (14,2%) стала режа (лишь при физической нагрузке), у 4 (9,5%) – одышка при ходьбе. В контрольной группе одышка прекратилась у 12 больных (54,5%), у 7 (31,8%) одышка сохранилась при подъёме на 3-этаж, у 2 (3,2%), отмечалось при ходьбе по ровной дороге, у 1 (4,5%) состояние ухудшилось и он переведён в реанимационное отделение клиники.

При анализе отдалённых результатов после стационарного лечения у 2 больных (4,7%) отмечалось повторное обострение через 6 месяцев, у 10 (23,6%) – через 12 месяцев, у 4 (9,6%) – через 24 месяца. В контрольной группе у 8 больных (36,3%) наступило обострение через 6 месяцев, у 12 (54,7%) – через 12 месяцев и у 2 (9%) – через 18 месяцев.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ИНФЕКЦИОННО – АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОЗИРОВАННОЙ ТРЕНИРОВКИ НА ГОРЯЧЕМ ГРУНТЕ

*С.С.Содиқов - магистр 2-курса
Научный руководитель: М.Т.Бутабоев
Андижанский государственный медицинский институт*

Бронхиальная астма (БА) в детском возрасте в настоящее время встречается очень часто и занимает одно из ведущих мест в общей патологии детей. В последние годы отмечается рост заболеваемости детей, связанный с урбанизацией, загрязнением почвы, воздушной среды отходами промышленности и бытовой химии. Также имеет большое значение нарушение внутренней экологии – эндоэкологии лимфатической системы детского организма вследствие инфекции.

Проблема БА успешно разрабатывается в крупных детских аллергологических центрах страны и зарубежом, но на сегодняшний день нет доступных всем способов реабилитации, дифференцированных методик физической реабилитации.

Комплексная реабилитационная терапия с индивидуализированной лечебной гимнастикой (ЛГ), метод активной патогенетической терапии имеет большое значение в комплексном восстановительном лечении больных БА. Влияние реабилитационной терапии направлено на борьбу с проявлениями легочной и легочно – сердечной недостаточности, на улучшение и восстановление нарушенных функций основных систем: дыхания и кровообращения.

Под нашим наблюдением находилось 45 больных 10 – 14 лет с БА после стационарного лечения, которые лечились только грунтомотерапией (хождение по горячему грунту) в сочетании с подвижными играми на горячем грунте с 16 до 18 часов местного времени.

Нами изучалась функция внешнего дыхания и клиническая картина до и после курса лечения термогрунтомотерапией и через 4 месяца после лечения.

18 детей лечились существующими методами без применения предложенного комплекса (без грунтомотерапии) – контрольная группа.

При БА, как показали наши данные, во всех обследуемых группах имеет место значительное изменение основных показателей функции внешнего дыхания, зависящие преимущественно от формы, стадии заболевания и его осложнений.

После стационарного лечения и, особенно, после термомотерапии на амбулаторно – домашнем этапе в основной группе заметно улучшились такие показатели как МОД, ЖЕЛ, МВЛ и ФЖЕЛ в процентном отношении к должным величинам. Так, уровень минутного объёма снизился $245, 6 \pm 14,5\%$ до $147, 1 \pm 5,2\%$, что указывает на то, что дыхание стало более экономным. Уровень ЖЕЛ увеличился до $113, 2 \pm 4,7\%$ к должной, а уровень максимальной вентиляции легких – до $104, 4 \pm 6,7\%$, что свидетельствует о возросших резервных возможностях дыхательной системы. Тогда как в контрольной группе уровень МОД снизился лишь до $192, 1 \pm 16,9\%$ уровень ЖЕЛ увеличился до $89, 2 \pm 3,4\%$, а уровень МВЛ – до $78, 3 \pm 4,1\%$. Эти данные подтверждают большую эффективность лечения больных БА по предложенной программе.

Как видно, в основной группе значительно снизилось явление бронхоспазма, о чем свидетельствуют данные пробы Тиффно (ФЖЕЛ) $87, 17 \pm 6,7\%$.

Мощность дыхательной мускулатуры так же увеличилась более значительно в основной группе. Так, ПМТ вдоха в основной группе увеличилась на 63%, а в контрольной группе на 20%, ПМТ выдоха в основной группе увеличилась на 70%, а в контрольной группе лишь на 30%.

Таким образом, проведенные исследования указывают, что функциональное состояние дыхательной системы в более значительной степени улучшается под воздействием предложенной программы термотерапии, чем под влиянием ранее применяемой методики лечения больных.

ОСОБЕННОСТИ СУДОРОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Выполнил: Содикжанов Х.С, студент 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Азимова Г.А.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема судорожных состояний у детей раннего возраста – одна из важных проблем современной неврологии, педиатрии и психиатрии.

Распространённость судорожных состояний среди детей составляет 5,0 -10,0%. Судорожные состояния являются основным источником эпилепсии у взрослых, поэтому предупреждение их возникновения у детей – ключ к профилактике заболевания эпилепсией. Особенно важным в этом аспекте является изучение судорожных состояний в раннем детском возрасте (до 3 лет).

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%).

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.

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.

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.

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.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА, ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Выполнил: Содикжанов Х.С, студент 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Повышение эффективности и безопасности лечения аффективных расстройств у больных позднего возраста в настоящее время продолжает оставаться актуальной проблемой. Демографическая ситуация в мире демонстрирует рост тенденции к старению населения, число пожилых людей в общей популяции постоянно увеличивается. Аффективные нарушения в позднем возрасте, по данным литературы, встречаются с одинаковой или большей частотой при сравнении с заболеваемостью в молодом возрасте.

Возрастные изменения клиники аффективных расстройств приводят к снижению диагностической значимости большинства психометрических шкал. Структура аффективных синдромов у пожилых больных перестает соответствовать набору симптомов в шкалах, что приводит к снижению возможностей скрининговой диагностики аффективных расстройств у этой категории пациентов в учреждениях непсихиатрического профиля.

Изучение вопросов прогноза эффективности психофармакотерапии, профилактики лекарственных осложнений, предупреждения формирования фармакорезистентности (максимум «попадания» в симптоматику «с первого препарата») для больных позднего возраста имеет особую актуальность.

Цель исследования. Комплексное изучение клинко-психопатологической структуры аффективных расстройств позднего возраста, разработка шкалы психометрической оценки поздних депрессий, анализ эффективности и переносимости психофармакотерапии аффективных расстройств позднего возраста и разработка индивидуальных дифференцированных терапевтических рекомендаций.

Материала и методов исследования. В исследование было включено 455 больных старше 50 лет (все женщины) с аффективными расстройствами: 378 больных в состоянии депрессии; 38 больных в маниакальном состоянии; 39 больных со смешанным аффективным состоянием. По критериям МКБ-10 аффективная патология больных соответствовала рубрикам: F3 - аффективные расстройства; F06.3 - органические аффективные расстройства; F22.8 - хроническое бредовое расстройство (включались только больные со значительным преобладанием аффективной симптоматики над бредовой).

В исследование не включались: больные с деменцией умеренной и тяжелой степени; больные наркоманией и алкоголизмом; больные шизофренией (обострения и состояния психического дефекта); больные с острыми галлюцинаторно-бредовыми психозами различной этиологии; больные с острыми соматическими и неврологическими заболеваниями.

Результаты исследования. Психопатология аффективных расстройств позднего возраста была представлена полиморфной симптоматикой, включающей типичные (облигатные) симптомы соответствующего аффективного синдрома и нетипичные симптомы, к которым относились факультативные симптомы аффективных синдромов и симптомы, не входящие в спектр аффективной психопатологии. Определение и квалификация симптомов с делением на типичные и нетипичные проводилось по критериям клинко-описательных классификаций аффективных расстройств. У большинства больных в исследовании нетипичные симптомы встречались чаще типичных, что, по данным литературы, является характерной особенностью аффективных расстройств позднего возраста.

При поздних депрессиях встречались следующие типичные симптомы (составляют основу депрессивного синдрома в любом возрасте): гипотимия, тоска, психомоторная заторможенность, бессонница с ранними пробуждениями, потеря аппетита и веса, депрессивное содержание мышления (самообвинение, самоуничижение), суицидальные мысли и действия.

Нетипичные симптомы поздних депрессий включали факультативные симптомы депрессивного синдрома (тревогу, обсессии и фобии, ипохондрию и сенестопатии) и симптомы, не принадлежащие к компонентам депрессии. К последним относились: физическая и психическая истощаемость, эмоциональная лабильность, мнестико-интеллектуальное снижение, психопатоподобные симптомы; бред, противоположный полюсу аффекта и неконгруэнтный аффекту; иллюзии и галлюцинации.

Следующие факультативные симптомы депрессий встречались у больных позднего возраста наиболее часто.

Симптомы тревоги выявлялись у подавляющего большинства больных поздними депрессиями - в 91,8% случаев (347 больных). Симптомы ипохондрии также отмечались у большинства (79,9%) больных поздними депрессиями. Сенестопатии встречались у 69,1% больных, в 11,4% случаев сенестопатии сочетались с иллюзиями и галлюцинациями (тактильными, вкусовыми, обонятельными, висцеральными, реже слуховыми и зрительными). У 28,0% больных сенестопатии являлись синдромообразующим фактором, формируя синдром сенесто-ипохондрической депрессии.

Вывод. Аффективные расстройства позднего возраста имеют ряд существенных клинических особенностей, требующих коррекции методов диагностики и лечения в сравнении с аналогичными заболеваниями молодого и среднего возраста.

Синдромы аффективной патологии в позднем возрасте часто включают симптомы, не принадлежащие к основным компонентам аффективного синдрома: при депрессиях - тревога, сенестопатия, неконгруэнтный аффекту бред; при маниях - тревога, благодушие, моторная заторможенность, неконгруэнтный аффекту бред. Более чем у 90% больных позднего возраста с аффективными расстройствами присутствуют симптомы психоорганического происхождения - эмоциональная лабильность, психическая истощаемость; ухудшение когнитивных функций.

ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНЫЙ СИНДРОМ В СОЧЕТАНИИ С ГЛАУКОМОЙ И КАТАРАКТОЙ

*Выполнил: Содиков А, студент 501 группы лечебного факультета,
Научный руководитель: Мирзаева Р.З., Кафедра офтальмологии,
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Глаукома – группа хронических заболеваний глаз, характеризующихся нарушением гидродинамики глаза с повышением ВГД и развитием глаукомной оптической нейропатии (ГОН) и соответствующими необратимыми изменениями зрительного нерва и поля зрения.

Цель исследования. Сравнительная оценка переднего сегмента глаза методом ультразвуковой биомикроскопии при катарактах в сочетании с глаукомой и псевдо-эксфолиативным синдромом.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты УБМ у 70 пациентов (72 глаза) с ЗУГ. Всем пациентам была проведена ультразвуковая биомикроскопия аппаратом MaxП с использованием датчика с частотой 35 и 50 МГц.

Результаты исследования. Методом УБМ доказана специфичность пространственных соотношений структур переднего сегмента глаза для каждого вида рефракции. Значения этих параметров сохраняют свою значимость при нормальном функционировании глаза и прозрачности оптических сред.

Выход за рамки обозначенных значений позволяет на доклиническом уровне диагностировать различные заболевания (пигментная дисперсия и пигментная глаукома, синдром iris plateau).

Представленные в работе математически рассчитанные значения линейных параметров: дистанция «трабекула-радужка», дистанция «трабекула-цилиарные отростки», а также угловых параметров: угол «склера-радужка», угол «склера-цилиарные отростки» при УБМ исследовании являются наиболее информативными для оценки анатомо-топографических соотношений структур переднего сегмента глаза при различных видах рефракции.

Увеличение толщины хрусталика при прогрессировании катарактальных помутнений зависит от исходной рефракции. При гиперметропической рефракции его толщина в возрасте более 50 лет достоверно ($p < 0,001$) отличается от других видов рефракции и в возрасте более 60 лет в 54% случаев превышает толщину более 5,0 мм, создавая благоприятные условия для возникновения ангулярного, относительного зрачкового, цилиохрусталикового или цилиовитреохрусталикового блоков, индуцированных катарактальным хрусталиком.

Предложенная на базе математических расчетов формула прогноза внутриглазных блоков доказала свою информативность и может быть рекомендована в клиническую практику.

В зависимости от интенсивности, акустической плотности эксфолиативных наложений, их локализации, состояния волокон цинновой связки и наличия анатомо-топографических нарушений структур переднего сегмента глаза по данным УБМ выявлены 4 стадии ПЭС, которые отражают последовательные этапы прогрессирования заболевания на фоне катарактальных помутнений хрусталика обеспечивая: доклиническую диагностику ПЭС в - 40% случаев, выявление несостоятельности связочного аппарата хрусталика-в 48,1 %; диагностику разрыва волокон цинновой связки - в 39,3 %; диагностику нарушений пространственных соотношений структур переднего сегмента глаза, недоступную биомикроскопии.

Разработаны рекомендации по профилактике операционных осложнений при хирургии катаракты, учитывающие стадии ПЭС при УБМ исследовании, которые расширяют показания к факэмульсификации при лизисе волокон цинновой связки протяженностью до 2/3 по окружности у пациентов с псевдоэксфолиативным синдромом.

Вывод. Определена корреляция между выраженностью проявлений ПЭС и стадиями глаукомы, т. е. в глазах с III стадией ПЭС отмечается наибольшая доля случаев далекозашедшей и терминальной глаукомы.

Установлена взаимосвязь ПЭС с наиболее распространенными системными заболеваниями (заболевания ЦНС, кардиоваскулярная патология, сахарный диабет).

Частота развития интраоперационных и послеоперационных осложнений при хирургии катаракты и глаукомы у лиц с ПЭС в 2,5 раза больше, чем у пациентов контрольной группы, не имеющих признаков ПЭС при проведении аналогичных операций.

ОБ УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ)

Выполнила: Содикова С.А, студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Формирование зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) - одна из важных проблем в большинстве стран мира, которая в настоящее время приобрела значение государственной важности, что обусловлено, во-первых, стремительным ростом числа вовлеченных в употребление психоактивных веществ, а, во-вторых, теми проблемами, которые являются следствием асоциального поведения: совершение преступлений, развитие всевозможных заболеваний, вызванных употреблением психоактивных веществ, распространение ВИЧ, СПИДа.

Данные официальной статистики свидетельствуют о менее напряженной наркологической ситуации среди подростков в северных регионах в сравнении с общероссийскими показателями, но при этом проблема вовлечения молодежи в употребление ПАВ остается острой и актуальной.

Цель исследования. Изучение распространенности употребления психоактивных веществ и алкоголя студентами государственных образовательных учреждений среднего профессионального образования для разработки и внедрения научно обоснованных эффективных антинаркотических психопрофилактических и психогигиенических программ среди этого контингента населения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе государственных образовательных учреждений среднего профессионального образования Андижанской области. Всего обследовано 85 студентов: 45 студентов медицинского колледжа и 40 студентов профессионально-педагогического колледжа. В исследуемой группе - 133 мужчины (17,3%) и 635 женщин (82,7%) Средний возраст обследуемых составил $17,8 \pm 1,5$ лет.

Результаты исследования. Проведенное нами исследование показало, что к факторам риска, способствующим употреблению студентами алкоголя и ПАВ, можно отнести следующие: типы акцентуаций характера: циклоидный (55,1%) и неустойчивый (30,2%), а также высокий уровень личностной тревожности, встречающийся у 68,5% обследованных студентов.

В ходе исследования изучались микросоциальные факторы, являвшиеся факторами риска. Анализ показал, что к ним можно отнести неполные семьи, дисфункциональные, асоциальные семьи, а также неправильные типы воспитания: условия противоречивого воспитания, жестких взаимоотношений, потворствующей гипопротекции и гиперпротекции.

Анализ данных о злоупотреблении алкоголем в семьях обследуемых показал, что среди употреблявших ПАВ пьющие матери (9,4%) и отцы (26,1%) встречались достоверно чаще ($p < 0,001$), чем среди студентов, не употребляющих алкоголь и ПАВ. Таким образом, выявлено сочетанное взаимодействие микросоциальных и наследственных факторов на употребление алкоголя и ПАВ, что совпадает с мнением большинства авторов

Полученные данные о распространенности употребления ПАВ и алкоголя студентами образовательных учреждений среднего профессионального образования, изучение факторов риска, характера употребления и спектра принимаемых ПАВ и алкоголя, позволяют определить основные направления профилактической антинаркотической работы среди студентов образовательных учреждений разного профиля.

Кроме того, сведения о распространенности употребления студентами ПАВ и алкоголя представляют собой информационную базу, которая может быть использована в образовательных учреждениях среднего профессионального образования для планирования и разработки мероприятий антинаркотической направленности, разработки и модификации действующих превентивных антинаркотических и антиалкогольных программ различных уровней.

Вывод. Результаты работы могут быть внедрены в образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования для получения данных о распространенности употребления студентами ПАВ и алкоголя и обоснования проводимых мероприятий, направленных на формирование устойчивых антинаркотических и антиалкогольных установок и уменьшение уровня распространенности употребления ПАВ и алкоголя в студенческой среде

ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ЭТАПОВ ТЕЧЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

Выполнила: Содикова С.А, студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Сарбаева Н.К., Салиев М.М.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. По оценкам экспертов, в настоящее время проблема наркомании на территории всех стран мира затрагивает около 30 миллионов человек, то есть практически каждого пятого жителя страны. Сегодня в стране не осталось ни одного региона, где бы не были зафиксированы случаи употребления наркотиков или их распространения. Опиийная наркомания является наиболее тяжелой, широко распространенной наркозависимостью. Данные пациенты нуждаются в получении нейропсихологической коррекции и в фармакологическом лечении.

Цель исследования. Изучить клинической особенности опиийной интоксикации.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленных цели было проведено обследование 42 больных с перенесших опиийную 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. Клинические 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 1,6 мг 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.

При длительном злоупотреблении опиатами наблюдаются очень тяжелые последствия, характеризующиеся астеническими расстройствами. Внешне больные выглядят значительно старше своих лет, заметно истощение (дефицит массы тела достигает 8-15 кг), на лице многочисленные морщины, кожа бледная, с желтушным оттенком, как у больных с заболеваниями печени. Характерным признаком является разрушение и выпадение зубов, часто наблюдается раннее полысение; волосы теряют свой блеск, становятся ломкими, как и ногти. Вены утолщены, в рубцах, происходит зарастание их русла. Это служит дифференциально-диагностическим признаком. Пульс обычно редкий, все виды рефлексов и потенция снижены, зрачки узкие, выражены запоры.

Со стороны внутренних органов часто наблюдаются гепатит В, СПИД, циррозы, эндокардиты, легочная эмболия, септицемия, абсцессы, сепсис, пневмонии, флебиты, лимфангиты, отек мозга, энцефалопатия, полиневриты, гломерулонефриты.

Вывод. Таким образом, при длительном употреблении опиатов индивидуальные личностные характеристики сглаживаются, нивелируются и больные становятся как бы обезличенными, похожими друг на друга, что отражает развитие своеобразного психического и личностного дефекта. Этот дефект, характеризующийся эмоциональным снижением и морально-этическим падением, можно сравнить с шизофреноподобным дефектом. Данные пациенты нуждаются в специализированной помощи, и не только фармакологической, но и обязательно – нейropsychологической.

ГРУНТОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Солиев.И.М., Бутабоева.М.М., Минаваров.Р.А., Қосимов.И.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

В основе метода лежит феномен дальнего действия, заключающийся в том, что организм реагирует на материальные объекты не только при молекулярном контакте, но и на расстоянии.

Анализ биоклиматических особенностей различных районов Узбекистана показал, что они весьма благоприятны для организации всех видов климатолечения и отдыха на открытом воздухе. Грунтотерапия является одним из видов климатолечения, но до настоящего времени недостаточно разработанным методом при лечении хронических холециститов.

Под динамическим наблюдением находилось 62 женщин в возрасте от 20 до 50 лет. Из них 40 страдали хроническим холециститом. Традиционные методы лечения использовали у 20 (контрольная группа) больных, предложенную комплексную программу физической реабилитации получили 20 (основная группа) больных.

Всем больным назначали комплексную терапию, включавшую соответствующие режим, диету, лечебную гимнастику, сегментарный массаж грудной клетки, минеральные ванны (традиционная терапия). У больных основной группы такая терапия служила фоновым, базисным лечением. Основным методом лечения этих больных явилась теплогрунтотерапия.

Для проведения теплогрунтотерапии организована площадка размером 2 гектаров, которая нагревается солнечными лучами. Выбран участок неорошаемых земель (склоны, холмы).

Температура грунта $+41+60\text{ }^{\circ}\text{C}$, т.е. при глубине грунта до 3 – 4 см, а при глубине до 5 см $+60+62\text{ }^{\circ}\text{C}$. Самым оптимальным временем использования горячего грунта считается от 15 до 17 часов дня. Экспозиция от 20 мин до 1 часа.

Грунтотерапия проводится на свежем воздухе и не требует экономических затрат. Основными жалобами были: боли в правом подреберье или подложечной области, отдающие в правую лопатку, правое плечо, правую половину шеи, тошнота, рвота, горечь во рту, метеоризм, запоры, частые головные боли и раздражительность.

Клиническое улучшение после лечения нашей программой через 6 дней наступило у 60 % больных, после традиционной терапии – у 42,9 % больных.

Таким образом, теплогрунтотерапия оказывает противовоспалительное действие, легко выполняема, доступна, хорошо переносится больными, более эффективна, чем традиционные методы. Преимуществом его является проведение лечения на свежем воздухе, что улучшает общее состояние больных, оказывает закаливающее влияние.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

*Солижонов З.Б., Абдурахмадов А.А.
Научный руководитель: Усмонов У.Д., Кафедра «Хирургии и урологии»
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты различных способов холецистэктомии (ХЭ) при хроническом калькулёзном холецистите (ХКХ).

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 1464 больных, лечившихся в 2016-2020 годах на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора в плановом порядке. Возраст обследованных больных варьировал от 32 до 78 лет, составляя в среднем $54,2\pm 8,4$ года. В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Основную группу составили 977 (66,73%) больных. Из них 372 (38,07%) мужчин и 605 (61,92%) женщин. Средний возраст больных в данной группе составил $52,7 \pm 3,4$ года. В этой группе все операции выполнены лапароскопическим способом.

Контрольную группу составили 487 (33,26%) пациентов, перенесшие минилапаротомная холецистэктомии (МЛХЭ) по методу клиники. Среди них 176 (36,14%) мужчин и 311 (63,86%) женщин. Средний возраст составил $56,4 \pm 3,3$ года.

Все больные контрольной и основной группы оперированы в плановом порядке и при этом соблюдалась индивидуализированная хирургическая тактика и лечения согласно по протоколу Минздрава РУз.

Результаты и их обсуждение. В нашем исследовании средняя продолжительность ХЭ из минидоступа в среднем составила - $43,5 \pm 6,7$ минуты, а при выполнении операции лапароскопическим способом - $57,7 \pm 9,5$ минуты.

МЛХЭ была первично предпринята у всех больных контрольной группы. Конверсия минидоступа в традиционной способ лапаротомии потребовалась в 5 (1,02%) наблюдениях. Таким образом, 482 операций при ХХХ завершено из минилапаротомного доступа. Сложности, возникшие в процессе операции и потребовавшие конверсии доступа, были связаны со спаечными изменениями в подпеченочном пространстве у 5 пациентов. Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа, имели место в 3 наблюдениях (0,61%), требующих конверсии доступа. Во всех 3 наблюдениях во время операции по поводу хронического калькулезного холецистита отмечено кровотечение из пузырной артерии. Все указанные осложнения потребовали конверсии доступа. Осложнения в послеоперационном периоде в группе завершённых по методике МЛХЭ вмешательств развились у 2 пациентов (0,41%) в виде кровотечения из ложа желчного пузыря. Общесоматические осложнения отмечены у 4 (0,82%) пациентов с ХХХ. Пневмония у 2 больных, гипертонический криз у 1 и гипергликемия у 1 больного. Группу местных «раневых» послеоперационных осложнений составили 2 случая (0,41%). У 1 пациента в послеоперационном периоде отмечена гематома послеоперационной раны и у 1 больного инфильтрация послеоперационной раны. Летальность в контрольной группе составила 0,82% (4 больных).

У всех больных основной группы первично предпринята лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). В 2 наблюдениях (0,2%) интраоперационные сложности и осложнения повлекли за собой конверсию ЛХЭ в МЛ по методику клиники. У 1 пациента возникло повреждение левого печеночного протока и у 1 пациента повреждения холедоха. У 2 больных в раннем послеоперационном периоде развилась пневмония в виде общесоматических осложнений. Осложнения в послеоперационном периоде развились у 6 пациентов (0,61%), оперированных по поводу ХХХ. Все эти осложнения связаны с зоной операции: несостоятельность культи пузырного протока - 4 наблюдения (0,41%) и желчеистечение из добавочного желчного протока – у 2 (0,2%) больных. У 4 пациентов (0,41%) была выполнена повторная операция (релапароскопия, реклипирование культи протока) для устранения осложнения с благоприятным исходом. Летальность в этой группе составила 0,4%.

Заключение. Таким образом, МЛХЭ позволяет, сохраняя малоинвазивный характер операции выполнить весь необходимый объем оперативного пособия, включая вмешательства на холедохе. Наименьшая частота интра- и послеоперационных осложнений при ХХХ отмечается в группе пациентов с применением ЛХЭ и составляет 1,02% от числа операций, выполненных с применением этой методики. Частота осложнений при выполнении операции из минилапаротомного доступа составила 2,26%. Таким образом, результаты лапароскопической холецистэктомии существенно лучше, чем при МЛХЭ.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ: СТОИМОСТЬ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО И ОПЕРАЦИОННОГО ПОСОБИЯ

Солижонов З.Б., Абдурахмадов А.А.

*Научный руководитель: Усмонов У.Д., Кафедра «Хирургии и урологии»
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучить стоимость анестезиологического и операционного пособия при хроническом калькулёзном холецистите (ХХХ) в зависимости от способа операции.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 1464 больных, лечившихся в 2016-2020 годах на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора в плановом порядке. Возраст обследованных больных варьировал от 32 до 78 лет, составляя в среднем $54,2 \pm 8,4$ года.

В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы. Основную группу составили 977 (66,73%) больных, у которых выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Из них 372 (38,07%) мужчин и 605 (61,92%) женщин. Средний возраст больных в данной группе составил $52,7 \pm 3,4$ года. Контрольную группу составили 487 (33,26%) пациентов, перенесшие минилапаротомная холецистэктомии (МЛХЭ) по методу клиники. Среди них 176 (36,14%) мужчин и 311 (63,86%) женщин.

Средний возраст составил $56,4 \pm 3,3$ года. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) в плановом порядке.

Результаты и их обсуждение. При анализе экономических затрат на оказание медицинской помощи пациентам с хроническим калькулезным холециститом в зависимости от способа оперативного лечения нами были учтены все виды расходов. Одним из основных аспектов экономического анализа при расчете стоимости операции является расчет средств необходимых для обеспечения анестезиологического пособия. Все операции (МЛХЭ и ЛХЭ) были выполнены с применением ЭТН. Расчет эндотрахеального наркоза проводили с учетом стоимости лекарственных препаратов, стоимости расходных материалов, амортизацию дыхательной аппаратуры и ларингоскопа. Стоимость лекарственных препаратов нами была рассчитана на основании сведений о ценах в розничной сети. При определении оптимальной цены препарата исходили из стоимости, предлагаемой центральным аптечным складом клиники.

Стоимость инфузионных систем, шприцев и других расходных материалов рассчитана по закупочной стоимости аптекой стационара. Расчет стоимости эндотрахеального наркоза проводили с учетом затрат на лекарственные препараты и расходные материалы.

Необходимым условием проведения интубационного наркоза является использование ларингоскопа, для проведения интубационной трубки, и дыхательного аппарата для искусственной вентиляции легких. Для правильной оценки затрат на проведения ЭТН необходимо учитывать амортизационные расходы, связанные с использованием сложной медицинской аппаратуры. Расчет расходов на оборудование проводили на основании начальной стоимости оборудования, норм амортизационных отчислений, нормативного времени работы оборудования в год, времени простоя оборудования при регламентированных ремонтных и сервисных процедурах. Начальная стоимость оборудования получена нами в планово-расчетном отделе стационара.

У больных контрольной группы стоимость ЭТН с учетом расходных материалов составил 103 тыс. 204 сум. 81 коп., а в основной группе этот показатель составил – 112 тыс. 958 сум. 92 коп., что на 9 тыс. 754 сум. 11 коп. дороже чем контрольной группы. Это зависало от продолжительности оперативного вмешательства.

Еще одной существенной составляющей стоимости операции являются расходы, связанные с использованием медицинских операционных инструментов и сложной дорогостоящей аппаратуры. Это в первую очередь касается оборудования для лапароскопических операций.

ЛХЭ мы проводили с использованием стандартного набора эндохирургического оборудования фирмы Karl Storz (Германия), укомплектованную монитором, камерой, источником холодного света (галогеновым осветителем) со световодом, инсуфлятором, для подачи CO₂ и поддержания определенного уровня давления в брюшной полости, коагулятором, аквапуратором для санации брюшной полости и отсасывания содержимого из брюшной полости. Кроме того, нами применялся набор эндоскопических инструментов (троакаров, ножниц, диссекторов, зажимов, ретракторов) фирмы Karl Storz и титановые клипсы для лигирования сосудов и пузырного протока.

Расчет расходов на оборудование, так же как при расчете стоимости обезбоживания, проводили на основании начальной стоимости оборудования, норм амортизационных отчислений, нормативного времени работы оборудования в год, времени простоя оборудования при регламентированных ремонтных и сервисных процедурах.

Для выполнения холецистэктомии из мини-доступа нами используется стандартный набор инструментов для выполнения традиционной холецистэктомии. МЛ выполняли в правом подреберье следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом производится разрез длиной до 5 см параллельно к реберной дуге и на 4 см ниже последней.

Одной из наиболее важных и значимых статей расходов являются расходы на оборудование и инструменты для выполнения операции. Так затраты на оборудование, инструментарий и расходных материалов для выполнения одной ЛХЭ составляют 352 тыс. 343 сум. 54 коп., а для выполнения МЛХЭ требуется 167 тыс. 832 сум.

Результаты анализа расчета показали что, себестоимость для выполнения операции из минидоступа существенно ниже себестоимости лапароскопического оборудования. Разница стоимости операции составил 184 тыс. 511 сум. 54 коп., что МЛХЭ менее затратно в 2,1 раза (на 109,9%) чем ЛХЭ.

Заключение. Таким образом, при выполнении клинико-экономического анализа, т.к. применение малоинвазивных способов оперативного лечения может увеличить расходы, связанные с применением дорогостоящего оборудования, но дать экономию по другим статьям: уменьшение койко-дня со снижением расходов на содержание пациента в стационаре, уменьшение частоты и тяжести осложнений, уменьшение объема контрольных исследований. Вместе с тем, стоимость ЭТН с учетом расходных материалов зависит от продолжительности оперативного вмешательства.

Сохибова Г.А. -магистр

*Научные руководители: М.Х.Салиева -к.м.н., доцент; М.М.Мирзаева – старший преподаватель
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Охрана и укрепление физического и психического здоровья семьи, формирование здорового образа жизни являются основой государственной политики Узбекистана.

Государственной программой реформирования системы здравоохранения определены: приоритет профилактического здравоохранения, широкая популяризация здорового образа жизни, рационального питания, занятий физической культурой и спортом. Дальнейшее развитие этого направления предусмотрено Указом Президента Республики Узбекистан: «...организация проведения профилактической работы по повышению медицинской культуры в семье, пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ)» признана важнейшим направлением деятельности территориальных органов управления здравоохранением. Утверждена Программа мер по дальнейшему усилению и повышению эффективности работы по укреплению репродуктивного здоровья, рождению здорового ребенка, формированию физически и духовно развитого поколения на последующие годы.

Для улучшения потенциала здоровья и качества жизни должен быть улучшен доступ к необходимым предпосылкам для здоровья – образованию, здоровому образу жизни, основывающийся на эффективной способности и умении справляться с трудностями, должен быть сделан упор на качество жизни при оказании первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи.

Врач является пропагандистом здорового образа жизни, от его уровня знаний и умений зависит во многом отношение к здоровью населения. Уровень гигиенических знаний студентов медицинского института имеет большое значение в дальнейшей практической деятельности врача. Эти знания сыграют существенную роль в профилактической деятельности среди населения.

Цель исследования. Изучить уровень знаний в вопросах здорового образа жизни у студенческой молодёжи.

Материалы и методы исследования. Нами анкетированы студенты медицинского института. Анализ показал, что первые гигиенические знания респонденты почерпнули в основном от родителей – 91,1%, 5,4% - из литературы и телевидения и 3,5% - от взрослых, разница статистически существенно ($P < 0,05$).

Результаты исследования. Знания о поведении, культуре, этике респонденты получили в основном от отцов – 41,0%, 21,4% - от матерей, от обоих родителей – 16,1%, от взрослых – 10,9%, в школе – 8,8%, от друзей – 1,8%. Многие студенты (97%) отмечают, что учась в ВУЗе к этим знаниям добавились еще, т.е. институт оказал положительное влияние на их поведение и мораль.

На вопрос откуда респонденты почерпнули знания о контрацепции, 37,5% ответили – у преподавателей ВУЗа, на 2-ом месте – из литературы и телевидения (23,2%), на 3-ем месте – у друзей, 5,4% - у взрослых, одинаково часто у родителей и школьных учителей (по 3,4%). Необходимо отметить, что 16,4% этих знаний не имеет.

78,6% респондентов считает, что кормить грудью ребенка надо от 1,5 до 3 лет, 14,3% считает – до 4 лет, до 1 года считает – 5,4% и не знает – 1,5%.

В воспитании ребенка ведущую роль играет мать, так считают большинство респондентов – 42,9%, на 2-ом ответ – родители (23,2%), далее – отец (10,7%), взрослые – 5,4%, воспитатели яслей-садов – 34%, школьные учителя- 1,5% и все вместе взятые – 12,9%.

Выводы. Исследования показали, что студенческая молодёжь обладает недостаточными знания о репродуктивном здоровье. Для того, чтобы молодёжь обладала лучшими жизненными навыками и возможностями сделать здоровый выбор, необходимо проводить всеобъемлющую пропаганду здорового образа жизни.

Данные исследования показывают, что опыт, приобретаемый в семье, ДОО, школе, связанный с охраной здоровья, играет немаловажную роль в том, чтобы молодые люди получали правильную информацию и формировали свои возможности и навыки по преодолению проблем, стоящими перед ними. Пропаганда здорового образа жизни будет эффективнее, если будет сочетаться в равной степени с психологическим, социальным и информационным обслуживанием. Особенно большую работу надо проводить в детском и подростковом возрасте, которые являются стадиями жизни, имеющими наивысший потенциал для интеллектуального и физического развития, в течении которых формируются пожизненные социальные навыки, включая навыки, связанные со здоровьем.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ЛОЖНОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Суюнов Кувондик Онарбай угли

*Научный руководитель: PhD., ассистент Маматкулов И.Б.
Магистр кафедры детской анестезиологии и реаниматологии
Ташкентского педиатрического медицинского института*

Актуальность: Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) представляет порок развития легких, легочного сосудистого русла и диафрагмы. Причиной ВДГ является нарушение развития и слияния элементов диафрагмы во время эмбрионального развития на 8-й неделе беременности. Объем содержимого грыжи зависит от размера дефекта в диафрагме. При ВДГ не происходит полноценного развития главных дыхательных путей и разветвления сосудов на уровне концевых бронхиол с обеих сторон (завершается на псевдожелезистой стадии развития легких, на 16–17-й неделе беременности). Частота ВДГ - от 1:2000 до 1:5000 новорожденных и составляет до 10 % всех врожденных пороков развития [KohulR., 2018; ColvinJ., 2017]. Летальность в группе новорожденных с ВДГ в ведущих медицинских учреждениях Евросоюза и США составляет от 30 до 50 % [vandenfloutL., 2019; KosinskiP., WielgosM., 2017J].

Цель работы: Изучение особенностей анестезиологического обеспечения у новорожденных с диафрагмальной грыжей в зависимости от состояния ребенка, степени легочной гипертензии и характера оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования: За последние 3 года – с 2017 по 2021 годы в ОАРИТ Республиканском Перинатальном Центре находились 38 новорожденных сложной и истинной диафрагмальными грыжами: 7(18,5%) девочек и 31 (81,4%) мальчика. Гестационный возраст составил от 34 до 41 недели. Из них 10(25,9%) детей недоношенные, а 28 (74,0%) детей доношенные. Масса тела при рождении была в пределах от 2,400 г до 4114 г. Прооперирован под общей анестезией 21 (77,7%) новорожденный ребенок, которым выполнена пластика ДГ. Операции планировались после предоперационной подготовки в течение 48-72 часов жизни, которая включала всебя инфузионную и антибактериальную терапию, респираторную поддержку (ИВЛ), коррекцию гемостаза. При необходимости проводилась иммунокорригирующая терапия, санация трахеобронхиального дерева. Для обезболивания назначали 2% раствор промедола из расчета 0,2-0,1 мг/кг/сут в/в методом титрования. Седация и миорелаксанты назначались только по показаниям. Вводный наркоз проводили севофлورانом ингаляционно и 0.005% раствора фентанилом внутривенно из расчета 20-30 мкг/кг (по показаниям). Систематическое применение механической гипервентиляции должно уступить место «бережной», «щадящей» вентилиции легких. Респираторная поддержка осуществлялась наркозным аппаратом «Fabiusplus» в режиме работы подавлению. Давление на вдохе колебалось в пределах от 18 до 30 см водного столба в зависимости от срока гестации и веса ребенка, от этапов хирургического вмешательства и уровня давления, созданного в плевральной полости вовремя торакоскопической манипуляции. Положительное давление в конце выдоха устанавливалось на уровне от 3 до 5 см водного столба. Базисный наркоз проводился введением 0,005% раствора фентанила в дозе насыщения из расчета 20 – 30 мкг/кг. Поддерживающая доза анестетика соответствовала 10 мкг/кг/час. Миоплегия проводилась аркуном из расчета 0,08 мг/кг по показаниям и в прямой зависимости от длительности операции. Интраоперационная инфузионная терапия имела цель поддержания гемодинамики и осуществлялась введением жидкости со скоростью 3 – 5 мл/кг/час. Качественный состав инфузионной терапии определяли 5% раствор глюкозы и по показаниям свежемороженая плазма.

Результаты исследования: Данные клинико-лабораторных исследований и мониторинга позволили своевременно проводить соответствующую терапию. На основании Эхокардиографии и изучения малого круга кровообращения в комплексе терапии дифференцированно использовались допамин, добутамин, добутрекс и др. При применении силденафила у новорожденных с ДГ после операции в дозе 4 мг/кг каждые 6 часов отмечались быстрая коррекция и стабилизация нарушений малого круга кровообращения. Осложнений анестезиологического характера не отмечалось. Из числа 38 новорожденных детей с ДГ 6 (14,8%) детей, поступившие в крайне тяжелом состоянии, умерли в первые сутки без операции. Оперирован 34 больных с ДГ. Умерли 4 (9,5 %) – после операции. За последние 3 года из числа прооперированных 30 новорожденных с ДГ летальных исходов не было.

Выводы: Указанная методика пред- и интраоперационного анестезиологического обеспечения при хирургических коррекциях у новорожденных позволила достичь более благоприятное течение послеоперационного периода, улучшить результаты хирургического лечения и повысить показатель выздоровления прооперированных новорожденных, что может быть основанием для рекомендации к применению в практике.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ – АКТУАЛЬНОСТЬ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ

*Тишабаева Н.А. – ассистент кафедры “Нормальной и топографической анатомии”
Шавкатжоновна Х. - ассистент кафедры “Нормальной и топографической анатомии”
Абдулхакимов А.- ассистент кафедры “Нормальной и топографической анатомии” Ферганский
медицинский институт общественного здоровья*

Актуальность. Рак шейки матки имеет важное значение в онкогинекологии, несмотря на доступность и визуальность локализаций для диагностики и лечения показатели заболеваемости и смертности имеют тенденцию к неуклонному росту. Раку шейки матки чаще всего предшествуют предраковые поражения-цервикальные интраэпителиальные неоплазии(CIN).CIN инициируется в зоне трансформации шейки матки и поддерживаются персистирующей инфекцией, вызванной вирусами папилломы человека(ВПЧ). Диагностика рака шейки матки: регулярность гинекологического осмотра, цитологический скрининг, визуальный осмотр половых органов, кольпоскопию, бактериоскопическое исследование, прицельную биопсию шейки матки, биопсия ткани из вызывающих подозрение участков шейки матки выскабливание (соскоб) шеечного канала, обследование на инфекции, передаваемые половым путем. А также оптическая когерентная томография, УЗИ, флуоресцентная спектроскопия, МРТ, ПЭТ КТ, использование опухолевого маркера SCC.

Цель исследования. Изучение заболеваемости и смертности от рака шейки матки.

Материал и методы исследования. Просчет и анализ статистических показателей заболеваемости, смертности, онкогинекологических больных по РУз, полученных из отчетно-учетных форм МЗ РУз № 7 по ЗН.

Результаты исследования. Ежегодно по РУз диагностируется в среднем 2844 новых случаев онкогинекологической патологии, что из общего числа ЗН составляет 13,5%. Среди онкогинекологической патологии в 2016 г. наибольшее число больных регистрировали с раком шейки матки (РШМ) -1465, ГП заболеваемости-4,6, СП-9,2. ГП смертности по республике в 2016 году по всем локализация ЗН составил 43,8 на 100 т. н., от РШМ ГП -2,5, СП-5,1. В Андижанской-10,2, Хорезмской -6,9, Наманганской областях-6,7, г. Ташкенте -6,8 и Каракалпакстане-5,9, заболеваемость/смертность 1,8. Наименьшие показатели отмечались в Сырдарьинской-2,5, Сурхандарьинской-2,9, Кашкадарьинской областях-3,0. В возрастной пик приходится на 45-59 лет, процент больных в III и IV стадиях остается высоким, что требует изучения ситуации в зависимости от территории выявления.

Выводы. Анализ статистических показателей показывает тенденцию к росту, выявлению значительного процента запущенных случаев, что обусловлено низкой онкологической настороженностью ВОП, несвоевременным обращением в специальные медицинские учреждения. Также отмечается низкий процент выявляемости предопухолевых и опухолевых злокачественных образований при проведении проф.осмотров, что утяжеляет процесс, увеличивая распространенность заболевания, способствуя увеличению показателей смертности и низкой выживаемости. В связи с этим необходимо усилить онконастороженность при профилактических осмотрах , активно пользуясь кольпоскопией, биопсией, КТ, опухолевым маркером SCC) не только при заболевании, но и профилактически у всех женщин минимум 1 раз в год, а также в динамике у женщин с высокой степенью риска (у которых в анамнезе имеются родовые травмы шейки матки, эрозии шейки или дисплазии).

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБОВ И СИМПТОМА ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБА

*Тошпулатова С., студентка 301- группы стоматологического факультета
Научный руководитель: Тожибоева Ё.Р.
Факультет стоматологии и профилактики стоматологических болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность.Клиновидный дефект (КД) зуба - это одна из наиболее распространенных патологий твердых тканей зуба некариозного происхождения. Начальные проявления клиновидного дефекта зубов наблюдаются уже в молодом возрасте, выраженные стадии чаще встречаются в среднем и пожилом возрасте.

Развитие клиновидного дефекта зубов постепенно приводит к значительной убыли твердых тканей зуба (ТТЗ), появлению гиперчувствительности зуба и дистрофическим изменениям в пульпе. Так как эта патология преимущественно располагается на вестибулярных поверхностях фронтальных и боковых зубов, пациенты страдают эстетической неудовлетворенностью. Несмотря на многочисленные исследования, этиология клиновидного дефекта зубов до сих пор полностью не выяснена.

Цель исследования. Сравнить эффективность и отдаленные результаты лечения клиновидных дефектов зубов разных степеней выраженности при комбинации различных современных методик и стоматологических материалов.

Материалы и методы исследования. В течение 3 лет была изучена эффективность лечения клиновидных дефектов 65 зубов (клыков, премоляров, резцов) с различной степенью поражения у 22 пациентов в возрасте от 35 до 57 лет. 19 пациентам с фоновой патологией (заболеваниями эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы) проводилось лечение общесоматических заболеваний у специалистов соответствующего профиля.

Результаты исследования. После проведенной терапии в 1 группе исследования на зубах сохранялась гиперчувствительность различной степени выраженности или появлялась впоследствии нарушение краевого прилегания. Во 2 группе гиперчувствительность не появлялась, краевое прилегание не нарушалось, однако наблюдалось прокрашивание поверхности пломбы пищевыми пигментами и шероховатость поверхности. В 3 группе исследования наблюдался самый благополучный результат – отсутствие гиперчувствительности, нарушенного краевого прилегания и хороший эстетический эффект.

Наилучший терапевтический и эстетический эффект наблюдался в 3 группе исследования благодаря тому, что СИЦ по сравнению с КПМ обладают рядом положительных свойств, позволяющих считать «Vitremet» материалом выбора при пломбировании клиновидных дефектов:

1) наличие у СИЦ химической адгезии к твердым тканям зуба позволяет использовать более консервативные подходы к препарированию полостей по принципу биологической целесообразности;

2) фторзависимый кариесстатический эффект возникает в результате выделения фтора, которое начинается в фазу растворения и образования слоя фторсодержащих апатитов на границе между материалом и тканями зуба, достигая максимума через 24–48 часов. Происходит накопление фторидов, которые выделяются в течение 1–6 месяцев. Наличие слоя насыщенных фтором апатитов в дентине служит барьером при развитии вторичного кариеса. Воздействие фтора осуществляется в районе 3 мм вокруг края пломбы, что повышает кислотоустойчивость эмали путем образования фторапатитов. Свободное движение ионов фтора обусловлено свободным содержанием в матрице цемента. Ионы фтора свободно мигрируют соответственно градиенту концентрации, и СИЦ могут адсорбировать ионы фтора при контакте с фторсодержащими материалами – «reservoir effect» – эффект резервуара, батарейный эффект;

3) антибактериальное свойство, основанное на блокировании синтеза микроорганизмами полисахаридов, способствующих прикреплению зубной бляшки к поверхности зуба и выработке молочной кислоты, в результате выделения фтора;

4) соответствие коэффициента температурного расширения СИЦ и твердых тканей зуба;

5) высокая прочность на сжатие;

6) низкая прочность на растяжение препятствует применению стеклоиономерных цементов в местах разнонаправленной нагрузки на жевательных буграх и режущем крае (композиты – 45,5 МПа, реставрационные СИЦ – 10–19 МПа);

7) низкий модуль эластичности. Ригидность возникает в результате наличия стеклянных частиц и ионной связи между полимерными цепями. СИЦ применяют при пломбировании полостей V класса и в качестве прокладок под КПМ (композиты 16,6 ГПа, СИЦ подкладочные – 3,7–9,0 ГПа);

8) незначительный показатель объемной усадки (40 % от усадки, возникающей при полимеризации композитов за счет последующей абсорбции воды).

Таким образом, наиболее эффективным способом современного пломбирования клиновидных дефектов III и IV стадии является пломбирование СИЦ «Vitremet» с последующим частичным замещением наддесневой части пломбы текучим КПМ «Filtek – flow» соответствующего эмалевого оттенка по типу «открытого сэндвича» через 6 месяцев для улучшения эстетического вида.

Вывод. Таким образом, лечение начальных стадий клиновидного дефекта с применением общей и местной реминерализующей терапии и реставрация выраженных дефектов с помощью композитов на фоне общей реминерализующей терапии позволяют добиться долгосрочных эффективных результатов и способствовать стабилизации патологического процесса, что гарантирует целесообразность использования этих методов лечения в клинике терапевтической стоматологии.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОСНОВНЫМ АСПЕКТАМ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Тошпулатова С., студентка 301- группы стоматологического факультета

Научный руководитель: Тожибоева Ё.Р.

*Факультет стоматологии и профилактики стоматологических болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальность профилактики стоматологических заболеваний заключается в том, что отмечается высокий уровень их распространенности у населения, связанный с экзогенными (состав воды, питание, уровень социальных и экономических условий жизни) и эндогенными факторами (индивидуальные

особенности анатомии, физиологии, иммунитета, наследственность, возраст, общесоматический статус). Основной целью профилактики является устранение причин возникновения и развития заболеваний, а также создание условий для повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды.

Цель исследования. Повышение эффективности стоматологической помощи детям и подросткам с аллергической патологией путем внедрения программы профилактики стоматологических заболеваний.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели и задач проведено комплексное стоматологическое обследование 67 детей и подростков с аллергической патологией в возрасте от 3 до 15 лет, находящихся на стационарном лечении в клинике детских болезней г. Андижана.

Из общего числа обследованных 28 пациентов страдали бронхиальной астмой, 19 - атопическим дерматитом, у 20 - была сочетанная патология (бронхиальная астма в сочетании с атопическим дерматитом).

Результаты исследования. Стоматологическая патология коррелирует с аллергическими заболеваниями, развивающимися в первые годы жизни детей и имеющими длительное рецидивирующее течение. Наиболее тяжелый контингент больных составляют пациенты, у которых наблюдается сочетание бронхиальной астмы и атопического дерматита, так называемый дермато-респираторный синдром.

У пациентов с аллергической патологией (бронхиальная астма, атопический дерматит и их сочетание) отмечается более высокая распространенность стоматологических заболеваний. Интенсивность кариозного процесса, чем у здоровых детей и подростков того же возраста. Интенсивность кариеса временных зубов по индексу КПУ у детей 6-летнего возраста, страдающих бронхиальной астмой составляет $4,84 \pm 0,32$, атопическим дерматитом - $4,56 \pm 0,19$, сочетанной аллергической патологией - $5,59 \pm 0,35$, в то время как у здоровых достоверно ниже $3,80 \pm 0,19$ ($p < 0,05$).

Величина индекса КПУ зубов у детей 12-летнего возраста, больных бронхиальной астмой равна $4,39 \pm 0,35$, атопическим дерматитом - $4,25 \pm 0,12$, сочетанной аллергической патологией - $5,08 \pm 0,12$. У здоровых детей того же возраста значительно ниже - $2,48 \pm 0,12$ ($p < 0,05$). Состояние постоянных зубов у детей с аллергиями находится в прямой зависимости от длительности и тяжести течения аллергических заболеваний, наличия сопутствующей патологии, формы и длительности применения кортикостероидов.

Среди детей и подростков, страдающих аллергическими заболеваниями, распространенность системной гипоплазии эмали временных зубов отмечалась в 30-40% случаев, а постоянных зубов составляла до 55,6% в 15-летнем возрасте, что в 2-3 раза выше ($p < 0,05$), чем у детей, не имеющих соматической патологии. На развитие системной гипоплазии эмали временных зубов и зубочелюстных аномалий оказывают влияние такие факторы, как наследственная отягощенность, патология беременности матери, продолжительность грудного вскармливания, наличие вредных привычек у ребенка. При развитии бронхиальной астмы у детей раннего возраста возникающие во время приступов гипоксические состояния способствуют развитию системной гипоплазии эмали постоянных зубов (до 31,8% - в 6-летнем возрасте), поскольку амелобласты очень чувствительны к недостатку кислорода.

Распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков, страдающих аллергическими заболеваниями, достигает 90%, что достоверно выше, чем у здоровых того же возраста ($p < 0,05$). Оценка интенсивности зубочелюстных аномалий с помощью стоматологического эстетического индекса DAI свидетельствует о явном нарушении окклюзии у детей и подростков с аллергической патологией, в то время как у здоровых детей того же возраста нарушения окклюзии отсутствовали или были минимальны.

У пациентов с аллергической патологией значительно чаще ($p < 0,05$), чем у здоровых, наблюдаются разнообразные поражения слизистой оболочки рта (кандидоз, отечность и обложенность языка, десквамативный глоссит, гипертрофия сосочкового аппарата, вкусовые и чувствительные нарушения языка), красной каймы губ (экзофолиативный и ангулярный хейлит, хронические трещины губ) и воспалительные изменения тканей пародонта (катаральный, гипертрофический, язвенно-некротический гингивиты, у подростков - пародонтит) степень тяжести которых нарастает в период обострения основного заболевания и приема ингаляционных глюкокортикостероидов.

У детей и подростков с аллергической патологией гигиеническое состояние полости рта во всех возрастных группах расценивалось как неудовлетворительное, и было хуже ($p < 0,05$), чем у здоровых детей, что обусловлено не только недостаточным гигиеническим уходом, но и связано со снижением скорости слюноотделения и нарушением защитных свойств слюны у детей с аллергической патологией.

Уровень стоматологической помощи детям и подросткам с аллергической патологией является недостаточным. Отсутствие адекватных профилактических мероприятий у детей и подростков с аллергической патологией обуславливает высокую распространенность и интенсивность кариеса зубов и заболеваний пародонта.

Внедрение профилактической программы у детей и подростков с аллергической патологией способствует стабилизации кариеса временных и постоянных зубов. За 2 года наблюдения редукция прироста кариеса постоянных зубов в профилактических группах детей составила 89,0% ($p < 0,05$), если профилактические мероприятия начинали в 6-летнем возрасте, 84,5% ($p < 0,05$) - в 12-летнем и 87,4% ($p < 0,05$) - в 15-летнем.

Проведение профессиональной гигиены, обучения чистке зубов и мотивации участников программы на полноценный гигиенический уход за полостью рта способствовало улучшению

гигиенического состояния полости рта детей и подростков. В течение 24 мес значение индекса Федорова-Володкиной у 3-х летних детей снизилось в 2,1 раза ($p<0,05$), у 6-летних - в 2,4 раза ($p<0,05$). При проведении профилактических мероприятий в старшем возрасте значение индекса ОН1-8 за 2 года снизилось в 2,4 раза ($p<0,05$) у 12-летних детей и в 3 раза ($p<0,05$) - у 15-летних подростков.

На фоне улучшения гигиенического состояния полости рта под влиянием профилактических мероприятий у детей и подростков с аллергической патологией происходит снижение воспалительных явлений в тканях пародонта. За период проведения программы количество здоровых секстантов увеличилось, в среднем, в 1,5 раза ($p<0,05$), если программу начинали в 6-летнем возрасте, в 1,8 раза ($p<0,05$) - в 12-летнем и в 2,5 раза ($p<0,05$) - в 15-летнем.

Вывод. Получены достоверные и сопоставимые данные об особенностях стоматологической заболеваемости детей и подростков с аллергической патологией. Высокий уровень стоматологической заболеваемости диктует необходимость диспансерного наблюдения за данным контингентом больных для раннего выявления стоматологической патологии и своевременного оказания терапевтической, ортодонтической и ортопедической помощи.

Полученные данные о стоматологической заболеваемости детей и подростков ключевых возрастных групп, страдающих аллергической патологией, позволяют планировать объем профилактической, терапевтической, ортодонтической и ортопедической помощи данному контингенту.

Выявленная взаимосвязь возникновения и развития стоматологических заболеваний с характером течения основного заболевания и проводимой медикаментозной терапией обосновывает необходимость проведения программ профилактики стоматологических заболеваний на индивидуальном и групповом уровнях.

ОЗДОРОВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХНЗЛ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ-ПРОФИЛАКТОРИЯ

*У.М.Тожибоев- клинический ординатор
Научный руководитель: Солиев И.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Нами разработана комплексная система отбора больных ХНЗЛ для оздоровления их в санатории-профилактории Андижанского ХБК. Схема отбора включает следующее: составление списка нуждающихся в оздоровлении, который согласовывается с медицинской отборочной комиссией и профсоюзной организацией комбината. В первую очередь направляются больные, работа которых связана с профессиональными вредностями, страдающие частыми (более 2-3 раз в год) обострениями и частыми интеркуррентными заболеваниями (катар верхних дыхательных путей, грипп и т.п.), с нарушениями бронхиальной проходимости в фазе ремиссии при снижении трудоспособности. Направление данной группы больных в санаторий-профилакторий проводится по тематическим путевкам с учетом сезонности рецидивов, условий труда и возраста.

Изучена эффективность оздоровления 287 больных ХНЗЛ в условиях санатория-профилактория за 1987-92 гг.

Комплексное лечение включало следующие процедуры: УФ облучение, ингаляции, кислородный коктейль, массаж, лечебная гимнастика, соответствующий охранительный режим. Эффективность лечения оценивали по результатам клинко-рентгенологических, лабораторных и функциональных исследований, а также по частоте рецидивов, стойкости ремиссии, показателям заболеваемости с временной утратой трудоспособности по основному заболеванию за год до и в течение года после проверенных лечебно-оздоровительных мероприятий. Значительное улучшение после курса профилактического лечения достигнуто у 98,1 % больных. При этом следует отмена лечения в санатории-профилактории способствовала более длительному сохранению ремиссии у 62,8% больных. Резко уменьшилась частота приступов. В течение 5 лет наблюдений у 72 % больных, при изучении отделённых результатов отмечено сокращение дней нетрудоспособности в 3 раза по сравнению с лицами, не лечившимися в санаториях-профилакториях.

ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Тожибоев.Т.Т.,
Научный руководитель: Хамраев О.А., Кафедра хирургии и урологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Хронический гломерулонефрит - хроническое иммунное воспалительное заболевание почек с длительно персистирующим или рецидивирующим мочевым синдромом (протеинурия

и/или гематурия) и постепенным ухудшением почечных функций. Хронический гломерулонефрит - одна из основных причин ХПН, требующей проведения программного гемодиализа или трансплантации почки.

Цель исследования. Изучить клинико-функциональные особенности проявления и течения ХГН в условиях Андижанской области.

Материал и методы исследования Дизайн исследования предполагает наличие трех этапов в изучении ХГН. I этап. Изучение клинико-морфологических соответствий по результатам ретроспективного анализа медицинской документации 71 пациента с ХГН и гистологическим подтверждением. II этап. Изучение особенностей клинического течения, спектра внепочечных осложнений ХГН, а также состояния сосудодвигательной функции эндотелия и гемореологических параметров у пациентов с различными формами ХГН. III этап. Оценка клинической значимости выявленных нарушений функции эндотелия и параметров гемореологии для формирования вне почечных осложнений ХПН, выделение предикторов неблагоприятного течения ХПН, формирование выводов и разработка практических рекомендаций.

Результаты исследования. Установлено, что клинико-функциональные показатели ХГН зависят от этнической принадлежности больных и особенностей географической среды обитания (высокогорье), что отражается на частоте встречаемости предрасполагающих их факторов и клинико-лабораторных проявлениях болезни.

В низкогорье у этнической группы русских ХГН развивается преимущественно вслед за острой инфекцией, проявляется чаще латентным типом заболевания и нефротическим синдромом, сопровождающимся выраженной микрогематурией, тогда как у андижанцев заболеванию в основном предшествуют острые инфекции и охлаждение, дебютируя с артериальной гипертензией и несколько большей выраженностью анемизации и гиперлипидемии. В высокогорье ХГН у андижанцев чаще развивается вслед за переохлаждением, характеризуется в основном мочевым синдромом, редко сочетаясь с артериальной гипертензией, малой выраженностью анемии, гиперлипидемии и иммунных сдвигов.

Морфологические проявления ХГН в условиях высокогорья и низкогорья характеризуются наиболее часто мезангио-пролиферативным ГН (в половине случаев), мезангио-капиллярным ГН (у одной трети) и весьма редко ГН с минимальными изменениями и фокальным гломерулосклерозом. У горцев чаще выявляется мембранозный ГН (16,1% против 4,5% в низкогорье, $p < 0,05$). В то же время клинически заболевания в высокогорье проявляются меньшей степенью анемизации, артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии (по уровню общего ХС). Лечение стероидами ГН с минимальными изменениями и мезангио-пролиферативного ГН обеспечивает 10-летнюю выживаемость, превышающую 87%, причем такая терапия дает наилучшие результаты при мезангио-капиллярном ГН.

Развитие ХГН у кыргызской популяции не ассоциируется с носительством какого-либо генотипа гена ангиотензин-превращающего фермента, хотя при генотипе DD активность ангиотензин-превращающего фермента существенно выше, равно как и концентрация холестерина в крови.

Оценка функционально-ренального резерва с помощью белковой нагрузки помогает выявлению ранних нарушений функции почек, особенно при нефротическом ХГН. Состояние функционально-ренального резерва зависит от морфологического варианта ХГН, что особенно четко проявляется при невоспалительных морфологических изменениях со стороны почек. Отсутствие функционально-ренального резерва негативно влияет на выживаемость больных ХГН.

Выраженность протеинурии при ХГН возрастает при обычной физической активности, особенно при дозированной ВЭМ-пробе, сопровождаясь более заметными гемодинамическими сдвигами при наличии артериальной гипертензии, поэтому нагрузочные пробы следует использовать для оценки степени тяжести почечной патологии и эффективности терапевтических вмешательств.

Гипобарическая гипоксическая тренировка, мевакор и их сочетанное применение при нефротическом ХГН вызывают существенное снижение в крови уровня липидов. При этом если изолированное применение гипобарической гипоксии уменьшает общий холестерин, липопротеиды очень низкой плотности и триглицериды, то мевакор сказывается только на уровне общего холестерина и липопротеидов низкой плотности. Сочетанное их применение (экзогенной гипоксии + мевакор) увеличивает результативность лечения, снижая уровни общего холестерина, липопротеидов низкой и очень низкой плотности, а также триглицеридов.

Высокогорная адаптация больных ХГН сопровождается существенным увеличением в крови количества эритроцитов и концентрации гемоглобина, снижением содержания иммуноглобулинов G, а также тенденцией к снижению СОЭ и протеинурии, повышением уровня общего белка и альбуминов крови.

Вывод. Выявленные структурно-функциональные нарушения эритроцитов являются одной из причин ухудшения реологических свойств крови и приводят к срыву адаптивных возможностей организма, углублению гипоксии, поддерживают состояние эндотелиальной дисфункции и формированию почечных и внепочечных осложнений.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПРОТЕИНУРИЯ - ВАЖНЕЙШИЕ ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Тожибоев.Т.Т.,

*Научный руководитель: Хамраев О.А., Кафедра хирургии и урологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Не будет преувеличением сказать, что артериальная гипертония (АГ) является самой актуальной проблемой современной медицины, и это обусловлено эпидемическими масштабами распространения болезни.

По данным последних отечественных эпидемиологических исследований ЭПОХА-АГ, распространенность АГ среди всех слоев населения, составила 39,7%, причем женщины старше 18 лет страдают АГ в 41,1%, мужчины – в 39,2%.

Цель исследования. Выявление клинико-лабораторных и морфо-функциональных особенностей состояния почек у больных с наличием артериальной гипертензии и умеренной протеинурии.

Материал и методы исследования. В простое открытое проспективное клиническое исследование после получения информированного согласия включили 107 пациентов с АГ, в том числе 56 мужчин и 51 женщину в возрасте от 20 до 68 лет. Из них у 38 пациентов была тяжелая ЭГ, у 35 больных причиной АГ был ХГН, у 34 – ХПНФ. Средний возраст в указанных группах составил, соответственно: $46,7 \pm 5,3$; $39,2 \pm 6,4$ и $47,1 \pm 4,6$ лет.

Результаты исследования. При проведении прижизненного морфологического исследования почек частота выявления гипертонического нефроангиосклероза может достигать 12,1% от числа всех нефробиопсий.

Возраст, длительность гипертензионного синдрома и уровень артериального давления у пациентов с эссенциальной гипертензией и наличием протеинурии (не более 2,0 г/сут) в среднем достоверно больше, чем у больных с мезангиально-пролиферативным гломерулонефритом.

Пациенты, страдающие эссенциальной гипертензией, по сравнению с больными мезангиально-пролиферативным гломерулонефритом при сравнимых уровнях протеинурии характеризуются достоверно большими уровнями сывороточного креатинина, неорганического фосфора, общего холестерина и меньшими средними значениями концентрации альбумина в сыворотке крови, скорости клубочковой фильтрации и относительной плотности мочи.

У больных с эссенциальной гипертензией выраженность гломерулярного и перигломерулярного склероза, атрофии канальцев, интерстициального почечного фиброза, фиброэластоа интимы и гиалиноза почечных артериол достоверно больше, чем у пациентов с мезангиально-пролиферативным гломерулонефритом.

При мезангиально-пролиферативном гломерулонефрите снижение скорости клубочковой фильтрации более тесно ассоциировано с нарастанием уровня артериального давления, тяжестью морфологических повреждений почек и ремоделированием сердца, чем при эссенциальной гипертензии с нефроангиосклерозом.

Вывод. Динамическое наблюдение за показателями активной гломерулярной гипертензии и почечного тубулярного диуреза, наравне со скоростью клубочковой фильтрации, позволяет оценивать и сравнивать нефропротекторные свойства антигипертензивных препаратов в процессе их применения.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ДИНАМИКУ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ХНЗЛ

Х.А.Тожибоев - клинический ординатор

*Научный руководитель: .З.М.Утанов.
Андижанский государственный медицинский институт*

Нами разработана схема реабилитации детей с помощью велоэргометра больных ХНЗЛ в амбулаторных условиях. Под наблюдением находилось 87 детей в возрасте от 10 до 16 лет. Детям исследуемой группы на фоне обычной медикаментозной терапии назначалась дозированная тренировка на велоэргометре. Контрольная группа (30 детей) была предоставлена сама себе, им лечение не проводилось.

У больных с инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы выявилось угнетение как количественных, так и качественных показателей активности нейтрофилов: ФАН равняется $62,51 \pm 0,41$ %, что на 0 % ниже контрольной. В контрольной группе больных ФАН на 5 %, ФИ на 20%, ПЗ на 30% ниже контрольной группы здоровых детей.

После стационарного лечения в основной группе ФАН на 6 %, ФИ на 10 %, ПЗ на 20% повысились и приблизились к нормам контрольной группы. В контрольной группе ФАН почти не увеличился, ФИ увеличился на 3 % и ПЗ почти не изменилась.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

После 4-х месяцев амбулаторного лечения в основной группе ФАН поднялся до уровня контрольной 98,5 % от контрольной, ФИ – 96 % контрольной группы и ПЗ – 83 %. После 4-х месяцев в контрольной группе больных ФАН – 95 %, ФИ – 91 % и ПЗ – 76% от контрольной группы здоровых.

Ферментативная активность лейкоцитов в основной группе после амбулаторного лечения показала заметную динамику в сторону уменьшения, особенно после 4-х месяцев амбулаторного лечения, а в контрольной группе заметного улучшения не наблюдалось через 4 месяца.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Тожибоева Д.Б., магистр 1- курса

*Научный руководитель: Носирова Ф.Ж. Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Бронхиальная астма при беременности — это атопическое бронхоспастическое заболевание органов дыхания, возникшее во время гестации или существовавшее ранее и способное оказать влияние на ее течение.

Проявляется приступами характерного удушья, малопродуктивным кашлем, одышкой, шумным свистящим дыханием. Диагностируется с помощью физикальных методов обследования, лабораторного определения маркеров аллергических реакций, спирографии, пикфлоуметрии. Для базисного лечения используют комбинации ингаляционных глюкокортикоидов, антилейкотриенов, бета-агонистов, для купирования приступов — бронходилататоры короткого действия.

Цель исследования. Явилось изучение морфофункционального состояния плаценты, состояния фетоплацентарного кровотока у беременных с БА в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ особенностей течения беременности, родов и состояния новорожденных у 146 женщин с бронхиальной астмой (БА) различной степени тяжести: 35 — с легким интермиттирующим течением БА — БАЛТ и 45 — с легким персистирующим течением.

Результаты исследования. БА — БАЛТ и 66 — со среднетяжелым и тяжелым течением БА — БАСТ+БАТТ и 15 беременных с отсутствием аллергических и легочных заболеваний (контрольная группа). Показано, что обострение БА чаще наблюдается в первой половине беременности во всех группах больных персистирующей БА (БАЛТ и БАСТ+БАТТ). Выявлена также обратная зависимость частоты гестоза и угрозы прерывания беременности в I-м триместре от тяжести течения БА. У больных БАСТ+БАТТ отмечена большая частота хронической гипоксии плода, плацентарной недостаточности, а также наименьшая масса новорожденных, замедление нормализации функционального состояния новорожденных, подтвержденное оценкой по шкале Апгар на пятой минуте жизни. В ходе исследования сформулированы особенности течения беременности и родов у пациенток, страдающих БА различной тяжести течения. Профилактика, своевременная диагностика и лечение этих осложнений — важные задачи практического акушерства и смежных специальностей как на этапе амбулаторного наблюдения, так и этапе оказания стационарной помощи.

Вывод. Адекватная терапия бронхиальной астмы на этапе беременности позволяет полностью устранить опасность для плода и минимизировать угрозы для матери. Перинатальные прогнозы при контролируемом лечении не отличаются от прогнозов для детей, выношенных здоровыми женщинами.

С профилактической целью пациенткам из группы риска, склонным к аллергическим реакциям или страдающим атопическими болезнями, рекомендован отказ от курения, ограничение контактов с бытовыми, производственными, пищевыми, растительными, животными экзоаллергенами.

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Выполнила: Тожибоева Д.Б.- магистр 1-курса

*Научный руководитель: Носирова Ф.Ж., Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) занимает первое место в структуре аллергических заболеваний. В доступной нам литературе, мало освещается вопрос патологических изменений состояния плаценты на разных этапах беременности и степени выраженности компенсаторных реакций во взаимосвязи с состоянием фетоплацентарного кровообращения у беременных с БА.

Тем не менее, системный подход к оценке показателей фетоплацентарного комплекса будет способствовать выявлению причин и механизмов развития фетоплацентарной недостаточности, даст возможность проводить прогнозирование ее развития и своевременную профилактику.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение морфофункционального состояния плаценты, состояния фетоплацентарного кровотока у беременных с БА в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материалы и методы исследования. Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 79 беременных женщин, страдающих атопической формой бронхиальной астмой различной степени тяжести, составивших группу наблюдения.

Всем женщинам было проведено обследование: изучен анамнез, проведены общеклинические и биохимические обследования. Состояние фетоплацентарного комплекса во время беременности оценивалось при проведении ультразвукового исследования в реальном масштабе времени с помощью аппарата SonoAce - 8000EX, производства компании Medison (Южная Корея). Определялась степень зрелости плаценты, исследование кровотока в маточных артериях, в пупочной артерии, в средней мозговой артерии.

Результаты исследования. Во время гестации все беременные с бронхиальной астмой наблюдались у акушера-гинеколога и пульмонолога. По показаниям проводилось стационарное лечение и соответствующая корригирующая терапия. Средний возраст беременных женщин с бронхиальной астмой сердца составил $25,4 \pm 0,56$ года и не отличался достоверно от среднего возраста беременных группы сравнения - $26,1 \pm 0,71$ года ($p < 0,05$). Средняя продолжительность БА по всем группам составила $8,64 \pm 5,92$ лет. В детстве диагноз БА был поставлен 17 (21,5%) женщинам, при этом продолжительность болезни была более 15 лет, у 26 (32,9%) БА была диагностирована 10-15 лет назад. 36 (45,6%) пациенток наблюдались по поводу БА не более 5 лет.

Большинство пациентов отмечали наличие сенсибилизации к различным аллергенам. В основном это была домашняя пыль - у 62 (78,5%), шерсть животных у 56 (70,9%) и пыльца растений у 39 (49,4) женщин. У 23 (7%) больных в период гестации отмечено появление новых триггерных факторов.

Обострение БА во время беременности зарегистрировано у большинства пациенток, находившихся под нашим наблюдением. Обострением БА считали усиление и учащение приступов бронхообструкции, количество и выраженность которых превышало и уже не соответствовало первоначально определенной степени тяжести БА.

Вывод. В результате морфологического исследования были так же выявлены изменения плаценты, ухудшающие ее функцию: синцитиальные почки «молодые» - 69 случаях (87,3%), париетальный децидуит - 65 (82,3%), кальциноз - 65 (82,3%), псевдоинфаркт - 59 (74,7%), синцитиальные почки «старые» - 46 (58,2%), парез сосудов - 39 (49,4%), базальный децидуит - 30 (33,3%). Микроскопическое строение плацент у рожениц с бронхиальной астмой характеризовалось наличием более выраженных очагов некроза, круглоклеточной инфильтрации, дистрофии, повреждением и отеком стромы ворсин, полнокровием сосудов, что характерно для хронической недостаточности кровообращения в плаценте.

РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Выполнила: Тошпулатова С, студент 301 группы стоматологического факультета

*Научный руководитель: Расулова М.М. - Кафедра госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. В настоящее время в нашей стране разработана специальная программа по профилактике кариеса, предусматривающая санитарное просвещение, обучение правильному гигиеническому уходу за полостью рта, профессиональные гигиенические процедуры местной и общей направленности. Начинать воспитание в мотивированной потребности в тщательном и грамотном уходе за полостью рта необходимо с раннего детства.

В то же время в любом возрасте никогда не поздно научить пациента чистить зубы, если в силу ряда причин его гигиенические навыки далеки от совершенства. В этом случае главным мотивирующим фактором могут стать большие затраты на лечение зубов по сравнению с затратами на профилактические процедуры и качественные средства гигиены полости рта.

Цель исследования. Цель нашего обзора изучить взаимосвязь между гигиеной полости рта и здоровьем человека.

Методы. Профилактика кариеса требует комплексного подхода, который осуществляется по двум основным направлениям: устранение уже существующего кариеса в полости рта и повышение резистентности тканей зуба.

Основным средством профилактики и контролирования проблем полости рта, связанных с образованием зубного налёта, включая кариес зубов, является тщательное механическое удаление зубного налета со всех зубных поверхностей.

Многие годы исследований представили что фториды, без сомнения, являются очень успешными средствами профилактики кариеса; резкое снижение распространенности и тяжести кариеса, наблюдавшееся в течение нескольких последних десятилетий, было обусловлено широким использованием фторида.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Результаты исследования. Как выяснилось в результате обзорного исследования население не придает особого значения гигиене полости рта, а ведь это является важным составляющим фактором здоровья человека. Многие люди даже если и соблюдают гигиену полости рта но совершают ошибки, влекущие за собой неблагоприятные последствия.

Основными задачами профилактики является устранение причин и условий возникновения и развития заболеваний, а также повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Основной целью индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний является оздоровление населения, через осознание роли и значимости гигиенических процедур, повышения уровня стоматологических знаний, выработки мотивации сохранения здоровья зубов.

Одной из основных задач индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний является не продвижение известных общепринятых мер, без ограничений и дополнительных рекомендаций, для всех популяций страны в целом, а оздоровление населения страны, через совершенствование системы профилактики путем индивидуализации профилактических мероприятий для каждого конкретного индивидуума

Вывод. Доказана актуальность проблемы гигиенического состояния полости рта, ведущих к развитию кариеса. Причинами возникновения кариеса являются недостаточная гигиена полости рта, избыточное употребление углеводов, несбалансированное питание, недостаточная информированность населения по уходу за полостью рта и т.д.

Распространенное заболевание, кариес можно предотвратить обычной профилактикой. Профилактика кариеса включает в себя множество методов, список которых пополняется. Таким образом, прогресс не стоит на месте и затрагивает все сферы, сферу медицины в частности. Со временем появляются новые методы лечения и профилактики. Кариес, являясь с течением времени и движением прогресса.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ БИОПСИЙ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Турабжонов Дилафруз., Ибрагимова Махлиё, Азимова Гулбахор

Научный руководитель: Мамарасулова Д.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Рак эндометрия (РЭМ) представляет собой наиболее распространенную злокачественную опухоль у женщин, наиболее часто репродуктивного возраста. Распространенность заболевания зависит от возраста, РЭМ выявляются, по разным данным, у 25 - 50% женщин в возрасте до 50 лет. Чаше всего миома выявляется у женщин в возрасте 30-35 лет, средний возраст выявления опухоли составляет 32-33 года, пик заболеваемости приходится на 35-45 лет. В последнее время отмечается рост частоты обнаружения миомы у женщин молодого возраста (до 20-25 лет), что связано, по-видимому, как с наследственным характером заболевания (когда у матери, близких родственниц также имелось данное заболевание), так и с внедрением новых, более совершенных методов диагностики, а также повышением их доступности.

Морфологические исследования проводили в патогистологических отделениях Андижанского филиала РСНПНМЦОР.

На первом этапе выполняли морфометрию новообразований шейки матки. Гистологическое типирование ткани проводили с помощью световой микроскопии, окрашенных гематоксилином и эозином срезов, а для верификации молекулярных характеристик опухолей использовали иммуногистохимическую панель. Патоморфологическое исследование выполняли с использованием микроскопа Leica DM 2000, микросъемку – с помощью цифровой фотокамеры Leica DFC 320. Обработку цифровых изображений проводили на персональном компьютере с использованием программы «Microsoft Paint».

Степень патоморфоза для оценки эффективности неoadъювантной химиотерапии в различных группах пациенток определяли в соответствии с критериями. Оценку экспрессии иммуногистохимических маркеров выполняли следующим образом.

Наряду с патоморфологической оценкой ткани новообразования в процессе лечения проводили сравнительное исследование экспрессии иммуногистохимических маркеров (Рисунки 3.3, 3.4).

Было выявлено, что эффективность лечебного воздействия прямо коррелирует с экспрессией Ki-67, p16 и p63 (Рисунки 21, 22, 23, 24). В отношении Ki-67 и p16 выявлены статистически значимые различия для всех степеней лечебного патоморфоза ($p < 0,01$), для p63 – тенденция к снижению его экспрессии в ряду I-IV степень ($p = 0,07$).

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Тураев М.

*Научный руководитель: Чартакова Х.Х., Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Сахарный диабет (СД) определен Всемирной Организацией Здравоохранения как эпидемия неинфекционного заболевания. В настоящее время на планете насчитывается около 180 млн. больных сахарным диабетом.

Медико-социальная острота диабета определяет интенсивные научные поиски причин и ключевых звеньев патогенеза болезни. В настоящее время с высокой степенью точности определены ранние клинические симптомы болезни и гормонально-метаболические маркеры-предикторы поздних осложнений.

Разработаны рациональные алгоритмы диагностики и мониторинга состояния здоровья у больных диабетом, в частности, алгоритмы слежения за такими осложнениями, как нефропатия, ретинопатия, ишемическая болезнь сердца, синдром диабетической стопы, центральная и периферическая формы нейропагии.

При этом остается не полностью изученным ряд осложнений СД, связанных с качеством жизни пациентов, одними из которых являются нарушения половой функции, в частности их этнология и патогенез.

Цель исследования. Целью настоящей работы является изучение распространенности метаболических, клинических характеристик андрогенного дефицита и его роли в патогенезе нарушений половой функции у больных сахарным диабетом второго типа для разработки рациональных алгоритмов ведения пациентов.

Материалы и методы исследования. Обследован 81 мужчина в возрасте от 40 до 65 лет. Все обследованные были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 27 больных СД2 и ИБС; средний возраст – $56,56 \pm 1,11$ года; средняя продолжительность СД2 – $10,2 \pm 0,2$ года, ИБС – $7,3 \pm 0,51$ года.

Результаты исследования. В группе выявлены следующие осложнения СД2: полинейропатия – у 85 %, ретинопатия – у 44 %, нефропатия – у 32 % больных. Мягкая и умеренная артериальная гипертензия диагностирована у 78 % больных этой группы.

Во 2-ю группу вошли 28 пациентов с ИБС; средний возраст – $57,32 \pm 0,81$ года; средняя продолжительность ИБС – $8,10 \pm 0,52$ года. Мягкая и умеренная артериальная гипертензия выявлена у 92 % этих больных.

Третью группу составили 26 пациентов с СД2; средний возраст – $51,88 \pm 1,69$ года; средняя продолжительность СД2 – $3,22 \pm 0,30$ года. У 68 % больных этой группы диагностирована полинейропатия, у 58 % – ретинопатия, у 15 % – нефропатия. Мягкая артериальная гипертензия выявлена в этой группе у 30 % пациентов. Контрольная группа состояла из 15 практически здоровых мужчин, средний возраст которых был $20,73 \pm 0,33$ года.

Установлена высокая (76,8%) увеличивающаяся с возрастом распространенность андрогенного дефицита у больных сахарным диабетом второго типа, в основе которого лежит снижение секреции тестостерона.

Установлено, что по методам различной оценки, распространенность андрогенного дефицита у мужчин с сахарным диабетом второго типа превышает таковую у мужчин без сахарного диабета более чем в 2 раза.

Установлено, что диссоциация темпов снижения общего и свободного тестостерона обусловлена возрастным увеличением уровней ГСПС, обуславливающего еще большее снижение уровней свободного тестостерона.

Установлена значительная роль андрогенного дефицита в патогенезе нарушений половой функции у мужчин больных сахарным диабетом.

Установлено, что наличие андрогенного дефицита у больных сахарным диабетом второго типа ухудшает компенсацию сахарного диабета, способствует нарушению метаболизма и усугубляет течение эректильной дисфункции, а также приводит к расстройствам психо-эмоционального статуса, которые снижают качество жизни больных с сахарным диабетом.

Подтверждена валидность социологических опросников для ориентировочного выявления и мониторинга клинических проявлений андрогенного дефицита.

Согласно имеющимся данным убедительно доказано развитие андрогенного дефицита на фоне СД 2 типа, распространенность гипогонадизма при этом может превышать 50%. И на сегодняшний день неоспорима необходимость назначения ТЗТ у пациентов с наличием клинических симптомов (преимущественно снижение либидо и эректильная дисфункция) и лабораторно подтвержденным гипогонадизмом.

Вывод. Некоторые зарубежные и отечественные клинические рекомендации отражают схожий подход при функциональном гипогонадизме (как при СД 2 типа и ожирении) — предварительно достичь целевого гликемического контроля, провести коррекцию сопутствующей патологии и при сохранении гипогонадизма следующим шагом назначить терапию тестостероном.

В случае невозможности добиться целевых параметров терапия тестостероном также может быть рассмотрена при отсутствии противопоказаний и полной информированности пациента о преимуществах и рисках терапии [6, 47]. Но данный подход неоднозначен. Согласно клиническим рекомендациям Американской ассоциации клинических эндокринологов совместно с Американским колледжем эндокринологии с 2016 г. по лечению пациентов с ожирением, гипогонадизмом следует сразу же рассмотреть возможность лечения тестостероном в дополнение к изменению образа жизни. Европейская и Американская урологические ассоциации также предлагают незамедлительную инициацию ТЗТ у пациентов с подтвержденным андрогенным дефицитом (при отсутствии противопоказаний).

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У МУЖЧИН

Тураев М.

Научный руководитель: Чартакова Х.Х.

*Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. С возрастом у мужчин происходят значительные изменения со стороны функциональной активности всех систем организма, в т. ч. эндокринной. Дефицит андрогенов отрицательно влияет не только на снижение половой функции, но и на течение ассоциированных с возрастом заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца (ИБС) и сахарный диабет (СД).

С другой стороны, любое хроническое заболевание негативно влияет на секрецию тестостерона (ТС), приводя к ускорению наступления андрогенного дефицита, в связи с чем его распространенность при хронических соматических болезнях крайне высока.

Показана высокая распространенность андрогенного дефицита у мужчин с ожирением, а также связь между уровнем общего ТС (ОТС) в плазме, проявлениями метаболического синдрома, сердечно-сосудистыми заболеваниями и СД 2 типа (СД2).

Цель исследования. Целью работы было изучение влияния комплексной терапии сахарного диабета на динамику индекса клинко-метаболического статуса и его составляющих у мужчин.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов комплексной терапии 42 мужчин с СД типа 2. Средняя длительность исследования составила 21,2 месяца, средний возраст мужчин - 50,9 лет.

Результаты исследования. Клинико-метаболическая характеристика группы мужчин с сахарным диабетом типа 2 в начале и конце исследования. Как видно из таблицы, в результате проводившегося лечения произошло изменение всех анализируемых показателей: средние показатели в ходе исследования снизились для ИМТ с 29,1 кг/м² до 28,4 кг/м² ($P>0,05$), HbA1c с 9,3 мг% до 7,1 мг% ($P<0,001$), САД со 140 мм.рт.ст. до 125,2 мм.рт.ст. ($P<0,001$), ДАД с 91,7 мм.рт.ст. до 81,9 мм.рт.ст. ($P<0,001$), для показателя АД с 37 до 33,1 ($P<0,001$), ОХ с 244,4 мг/дл до 160,6 мг/дл ($P<0,001$), ТГ с 283,6 мг/дл до 166,1 мг/дл ($P<0,001$).

Уровень ЛПВП повысился с 44,3 мг/дл до 49,5 мг/дл ($P<0,01$), в то время как величина ММ индекса атерогенности снизилась с 601,5 до 378,7 ($P<0,001$).

Таким образом, изменения ИМТ не были статистически значимы, тогда как изменения других показателей имели различную степень статистической значимости. Как видно из рисунка, данные иКМС улучшились на фоне проводимой терапии. Средние данные иКМС у мужчин с сахарным диабетом типа 2 до лечения составили 68,76, а в результате лечения, - 60,83. Различия были статистически значимыми ($p<0.001$).

Вывод. Изменения каждого из метаболических составляющих имеют большое значение для коррекции проводимой терапии, но оценить изменения в динамике позволяет индекс КМС, который дает комплексную оценку состояния больного СД типа 2.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении. Применение и КМС позволит осуществить комплексную оценку динамики изменения клинко-метаболического статуса больных СД типа 2, что будет способствовать предотвращению развития хронических осложнений сахарного диабета.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Туракулова Х.Э.

*Научный руководитель: Арзибеков А.Г., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Болезни органов дыхания занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей раннего возраста. В остром периоде эти заболевания очень часто осложняются бронхообструктивным синдромом, причем как инфекционной этиологией, так и аллергической природой.

До 30% детей раннего возраста хотя бы однократно имели обструктивный бронхит, а бронхиальная астма, клиническим эквивалентом которой является БОС, регистрируется почти в 10% среди всей детской популяции.

На современном этапе понятие «бронхообструктивный синдром» является собирательным, может сопровождать различные нозологические формы патологии органов дыхания, включающее симптомокомплекс специфически очерченных клинических проявлений нарушений бронхиальной проходимости, имеющих в своей основе сужение или окклюзию дыхательных путей.

Цель исследования. На основании комплексной оценки клинико-анамнестических и иммунологических показателей у детей с обструктивным бронхитом выявить факторы риска его рецидивирования.

Материалы и методы исследования. Установление отношения шансов OR и относительного риска RR, исследование диагностической значимости уровня ИЛ -4, ИЛ- 8 у больных острым обструктивным бронхитом (n=23) и обструктивным бронхитом, рецидивирующего течения (n=27) у детей раннего и дошкольного возраста.

Результаты исследования. Установлено, что синдром бронхообструкции чаще развивается у детей с повторными ОРЗ в анамнезе, 78% пациентов относились к группе часто болеющих детей (ОРВИ более 5-6 раз в год). При этом достоверных различий частоты ОРЗ в обеих сравниваемых группах отмечено не было - $OR=0,97$ (ДИ=0,3-3,7); $RR=0,9$.

Выявлена достоверно более высокая частота патологии ЛОР-органов среди детей 2 группы (70%) по сравнению с 1-ой $OR=3,7$ (ДИ=1,1-11,9); $RR=1,9$.

Установлено выраженное увеличение содержания провоспалительного цитокина ИЛ-8 в сыворотке крови у детей с обструктивным бронхитом в обеих сравниваемых группах по сравнению с нормальными значениями, но без значимых различий уровня ИЛ-8 между собой (медиана 22,3 и 22,3 пг/мл соответственно).

Вместе с тем, установлено повышение уровня ИЛ-4 в сыворотке крови у детей 2 группы (0,22 пг/мл), в отличие от показателя ИЛ-4 у детей 1 группы, не превышавшего нормы.

Вывод. При тяжелой степени заболевания, несмотря на проводимую базисную терапию, сохраняется повышение продукции плазменного эндотелина-1, что свидетельствует об активности гладкомышечных элементов и наличия дисфункции эндотелия.

Установлено, что у детей с тяжелой степенью астмы активность фактора роста фибробластов не выражена, что свидетельствует об отсутствии пролиферативных процессах в бронхах и выраженной активации коллагеногенеза.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

Туракулова Х.Э.

*Научный руководитель: Арзибеков А.Г., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Бронхообструктивный синдром – один из наиболее распространенных синдромов поражения органов дыхания у детей и подростков. Для того, чтобы уметь диагностировать, лечить, проводить профилактику этого состояния, необходимы знания многих фундаментальных и клинических дисциплин, приобретаемых студентами в течение всего времени обучения в ВУЗе.

Накоплен опыт диагностики и лечения клинических форм, не входивших в отечественную классификацию болезней органов дыхания у детей еще 8 лет назад: хронического бронхита, бронхолегочной дисплазии.

Достигнуты значительные успехи в понимании тяжелой обструктивной патологии легких, обусловленной поражением мышечных бронхов. Установлен характер возрастной эволюции обструктивных болезней легких.

Сказываются ошибки при диагностике, поздняя госпитализация, бесконтрольное или, напротив, недостаточное использование отдельных групп лекарственных препаратов. Специального внимания заслуживают больные, достигшие подросткового возраста.

Известно, что драматические исходы при астме у детей приходится, главным образом, на пубертатный период.

Цель исследования. Разработать дифференциально-диагностические критерии обструктивного бронхита, ассоциированного с различными инфекциями респираторного тракта у детей и определить их прогностическое значение.

Материалы и методы исследования. Установление отношения шансов OR и относительного риска RR исследованием диагностической значимости уровня ИЛ -4, ИЛ- 8 у больных острым обструктивным бронхитом (n=23) и обструктивным бронхитом рецидивирующего течения (n=27) у детей раннего и дошкольного возраста.

Обсуждение. Наибольшую этиологическую значимость в развитии обструктивного бронхита у детей имеет аденовирусная инфекция, меньшую - респираторно-синцитиальная инфекция, парагрипп, грипп, вирусно-бактериальные ассоциации.

Обструктивные бронхиты у детей первого года жизни чаще вызываются респираторно-синцитиальной инфекцией, в раннем возрасте - парагриппом и вирусно-хламидийной инфекцией, у дошкольников - аденовирусной инфекцией, гриппом и вирусно-микоплазменной инфекцией.

Факторами риска обструктивных бронхитов при аденовирусной инфекции являются пассивное курение и частая предшествующая заболеваемость, при РС-инфекции - неблагоприятный, антенатальный анамнез, при гриппе - патология органов дыхания в семье, при вирусно-хламидийных ассоциациях - повышенная респираторная заболеваемость детей и их матерей. Для обструктивных бронхитов вирусно-микоплазменной этиологии характерна многофакторность причин.

Наибольшую этиологическую значимость в формировании тяжелых форм обструктивного бронхита имеет респираторно-синцитиальная инфекция, в развитии затяжного течения - вирусно-хламидийные ассоциации и респираторно-синцитиальная инфекция.

Рецидивирующее течение обструктивного бронхита характерно для аденовирусной инфекции (33,3%), вирусно-хламидийной (60%) и вирусно-микоплазменной (100%) ассоциаций.

Неблагоприятные исходы обструктивного бронхита в виде непрерывно-рецидивирующего течения (13,3%) и трансформации в бронхиальную астму (20%) развиваются при вирусно-микоплазменной инфекции.

Особенностью обструктивного бронхита на первом году жизни является преимущественное развитие тяжелых форм при респираторно-синцитиальной инфекции, затяжного течения - при респираторно-синцитиальной и вирусно-хламидийной инфекции.

Более глубокие нарушения системы иммунитета отмечаются у детей с обструктивным бронхитом, ассоциированным со смешанными вирусно-хламидийными и вирусно-микоплазменными инфекциями в виде уменьшения функциональной активности фагоцитирующих клеток, снижения показателей Т-клеточного звена, дефицита А.

Выводы. Результаты работы позволяют использовать комплекс дифференциально-диагностических отличий обструктивного бронхита у детей с различными инфекциями респираторного тракта для прогнозирования тяжести и длительности, заболевания, проведения адекватной терапии.

Данные, характеризующие особенности иммунного статуса детей с обструктивными бронхитами при вирусно-бактериальных инфекциях, отражают необходимость использования иммунокорректирующей терапии и диспансерного наблюдения детей.

На основании установленных клинико-анамнестических и иммунологических особенностей обструктивного бронхита у детей с острыми респираторными инфекциями разработан алгоритм дифференциально-диагностического наблюдения с целью профилактики рецидивов заболевания.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК С РИСКОМ НА ЮВЕНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Турсунхужаева М. магистр 1 курса

научный руководитель: PhD Ахмаджанова Г.М., 2 кафедра акушерства и гинекологии

Андижанский государственный медицинский институт

Нарушения овариального - менструального цикла занимают частое место в структуре гинекологических заболеваний у девочек подростков. Нами было обследованное 20 девочек в возрасте от 11 до 18 лет с пубертатными кровотечениями. Наиболее часто менорагии встречаются у девочек в возрасте 14-16 лет в весене-осеннее время у девочек как городского так и сельского районов. Пубертатные кровотечения возникают у девочек с преморбидным фоном у 45 % девочек выявлено заболевание щитовидной железы у 12% астено-невротический синдром у 10 % заболевание желудочно-кишечного тракта у 33% хронический тонзиллит. Всем девочкам было проведено общеклиническое обследование-общий анализ крови мочи УЗИ при необходимости консультации узких специалистов. У 24% девочек при УЗИ выявлено кистозные изменения яичников у 74 % маточные кровотечения возникли при величине М-эхо 9-12мм у 11% маточные кровотечения возникли при М-эхо 13-16 мм; У 90 % девочек с маточными кровотечениями выявлена постгеморрагическая анемия. После проведенного обследования проведен гормональный гемостаз препаратом регулон по следующей схеме: первый день по 2 таблетке 3 раза в день второй день по 1 таблетке 3 раза в день третий день по 1 таблетке 2 раза три дня четвертый день по 1 таблетке 1 раз до окончания препарата остановки кровотечения. Для профилактики рецидива заболевания назначено было комбинированные оральные контрацептивы в течении 3 месяцев. Выводы: Пубертатные кровотечения чаще возникают у девочек в весене-осенний период года при выявленной экстрагенитальной патологии в возрасте 14-16 лет. Нами разработан алгоритм обследования и ведения девочек с аномальными маточными

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КРОВОИЗЛИЯНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ДАВНОСТИ

*Туронов Б.С.-резидент-магистр 2 курса кафедры судебной медицины
Куракбаев Д.У. студент 5 курса лечебного факультета
Научный руководитель: PhD, доцент кафедры судебной медицины
Самаркандский Государственный медицинский институт*

Повреждения кожи и мягких тканей являются одним из наиболее часто встречающихся видов механической травмы. Характер повреждений этих структур зависит от многих факторов, среди которых основными являются вид тупой травмы и сила воздействия травмирующего фактора.

Определение давности повреждений мягких тканей становится одним из важных проблем судебно – медицинской практики. Для его решения широко применяются гистологические методы исследования. На основе выявления и оценки реактивных изменений, развивающихся в зоне повреждений в различные сроки после травмы, позволяют определить давности и прижизненность этих повреждений.

Цель исследования. Выявление морфологических критериев установления давности кровоизлияний различной локализации.

Материал и методы исследования. Проведено микроскопическое исследование мягких тканей из области кровоизлияний расположенных в области верхней и нижней конечностях, взятых у 20 лиц обоего пола в возрасте от 18 до 45 лет, погибших в результате сочетанной тупой травмы. По обстоятельству травмы давность образования кровоизлияния имели 4-6ч (4); 6-8ч (4); 8-12ч (4); через 1-2 суток (4), более 4 суток (4). Размеры повреждений варьировали от 2,0х3,0 до 6,0х 8,0см. Изъятые кусочки фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, гистологические препараты изготавливали путем заливки в парафин окрашивали гематоксилином-эозином и по Перлсу. Оценка клеточной реакции проводилась при увеличении микроскопа ForAvikonTex окуляры WF 10х/15, объектив 10х/0,25, 40 х/0,65.

Результаты исследования. В случаях смерти пострадавших в первые часы после травмы (4-6ч) в зоне кровоизлияния и вокруг него выявлена сосудистая реакция в виде рефлекторного спазма, полнокровия, отека тканей, эритростазов и лейкостазов, а также в просвете сосудов и периваскулярно отмечена клеточная реакция в виде скопления лейкоцитов; Через 6-8 часов – отмечено увеличение количества лейкоцитов, **среди лейкоцитов выявлены лимфоидные клетки**, пикноз и рексис клеточных ядер, морфологические признаки некроза мягких тканей, которая связана с распадом лейкоцитов высвобождением активных гидролитических ферментов которые вызывают разрушение поврежденных элементов мягких тканей в зоне кровоизлияния; Через 8-12ч. отмечено уменьшение гиперемии, в сосудах нарастание количество лейкоцитарных клеток; В случаях смерти потерпевших через 12-18 ч отмечено резкое снижение количества лейкоцитов, отмечен лейкоцитарный вал – расположение лейкоцитов по краю кровоизлияния и появление макрофагов в инфильтрате зоны повреждения. Отмечается распад эритроцитов; Через сутки отмечено значительное уменьшение, количество лейкоцитов и на вторые сутки с момента возникновения кровоизлияния выявлены гистиоциты. Они были рассеяны в массах крови и располагались по краю кровоизлияния, имели округлую и вытянутую форму и светлую цитоплазму; На вторые - четвертые сутки (в зависимости от объема повреждения) в зоне кровоизлияния выявлены макрофаги, которые активно участвуют в процессе поглощения распадающегося гемоглобина и остатков эритроцитов. В поврежденном участке выявлены сидерофаги с зеленовато окрашенной цитоплазмой - клетки-макрофаги, содержащие гемосидерин. При окраске по Перлсу отмечено зеленоватое окрашивание железосодержащего пигмента. В этот период на участке повреждения вокруг сосудов также выявлены фибробласты.

Выводы. Микроскопические исследования позволяют достоверно определить давность возникновения кровоизлияний. Однако при этом необходимо учитывать и макроскопическую морфологическую картину, а также данные обстоятельства получения травмы. Наиболее информативными признаками для определения давности повреждения (кровоизлияния) являются клеточные реакции. Наличие лейкоцитарной реакции на кровоизлияние следует оценивать в количественном отношении.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

*Тургунов Ш.Ш., Орибжонов О.Э.
Научный руководители: Аблязов А.А., Рашидова Ш.У., Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Самой доступной диагностикой, позволяющей визуализировать внутреннее строение и оценить состояние скелетных костей позвоночника, является рентгенография. Процедура безболезненная, не требующая сложной подготовки, доступная по цене и выполняемая быстро практически во всех лечебных учреждениях. Рентген поясничного отдела позвоночника используется преимущественно для выявления

дефектов костных структур (переломы, остеофиты, искривления, смещения, сдвиги, новообразования и воспалительные процессы), поскольку их ткань наиболее контрастна и хорошо видна на рентгенограмме.

Только этого исследования иногда бывает недостаточно для оценки состояния фиброзно-хрящевых структур межпозвонковых дисков и мягких тканей. Чтобы точно установить, что имеют место растяжения мышц и связок, повреждения нервов и сосудов, грыжи позвоночника необходимо дополнительно использовать другие методы.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с дегенеративным стенозом поясничного отдела позвоночного канала на фоне ригидного кифосколиоза за счет создания алгоритма хирургического лечения в зависимости от степени деформации и стабильности позвоночного столба.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 70 пациентов со стенозами поясничного отдела позвоночного канала на фоне кифосколиотических деформаций, проходивших лечение в клинике АГМИ.

Результаты исследования. На основании изученного материала выделены 2 клинические формы стеноза поясничного отдела позвоночного канала, основными проявлениями которых явились:

- 1) Нейрогенная перемежающаяся хромота;
- 2) Радикулярный болевой синдром в нижних конечностях.

У больных с нейрогенной перемежающейся хромотой, как правило, не отмечается выраженных неврологических нарушений. По данным МРТ у этих больных отмечается значительное сужение центрального позвоночного канала, размеры латерального канала и межпозвонкового отверстия находятся на нижней границе нормы.

При наличии радикулярного болевого синдрома у больных с поясничным стенозом часто выявляются яркие неврологические изменения. На МРТ у этих больных отмечается выраженный стеноз латерального канала и межпозвонкового отверстия. Среднесагиттальный диаметр центрального позвоночного канала изменяется в меньшей степени.

Нейрогенная перемежающаяся хромота возникает при многоуровневом стенозе поясничного отдела позвоночного канала в следствии сосудистых изменений в корешках конского хвоста.

Микрохирургическое вмешательство не всегда позволяет произвести адекватную декомпрессию нервных корешков конского хвоста. В этих случаях следует производить декомпрессионную ламинэктомию или гемиламинэктомию. Поскольку декомпрессионная ламинэтомия в большинстве случаев дестабилизирует позвоночник, ее необходимо комбинировать с транспедикулярной стабилизацией.

Наличие нейрогенной перемежающейся хромоты, обусловленной выраженным сужением центрального канала, а также скудной неврологической симптоматики позволяет во всех случаях прогнозировать хорошие результаты хирургического лечения.

Наличие у больного с поясничным стенозом радикулярного болевого синдрома, обусловленного выраженным стенозом латерального канала и межпозвонкового отверстия, а также яркой неврологической симптоматики позволяет прогнозировать хорошие результаты хирургического лечения лишь 57,4% случаев.

Вывод. ПС является значимой причиной болей в пояснице, радикулопатий и клаудикаций, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. В связи со старением населения вопросы диагностики и лечения ПС становятся все более актуальными. На сегодняшний день терапевтические стратегии в отношении пациентов с ПС не до конца определены и систематизированы, поскольку недостаточно убедительных доказательств эффективности различных вариантов лечения.

Тактика ведения пациентов с ПС должна основываться на клинической симптоматике, а не на данных визуализирующих исследований. Дистанция ходьбы больного является наиболее значимым критерием эффективности терапии. Необходимо проведение дальнейших исследований, направленных на оценку эффективности и безопасности различных методов лечения ПС.

КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ ОБЪЁМНЫХ КРОВОПОДТЕКОВ

Туронов Б.С.-резидент-магистр 2 курса кафедры судебной медицины

Рахматов М.М. студент 4 курса лечебного факультета

Научный руководитель: PhD, доцент кафедры судебной медицины

Самаркандский Государственный медицинский институт

Травматические кровоподтеки являются наиболее часто встречающимися видами механических повреждений. Установление давности кровоподтеков в зависимости от их локализации и объёма являются одним из актуальных вопросов судебной медицины.

Цель исследования. На основе анализа цифровой цветовой комбинации установить давность объёмных кровоподтеков различной локализации тела.

Материал и методы исследования. Изучены и проанализированы результаты судебно-медицинских освидетельствований в отношении 44 случаев, пострадавших получивших травму в быту и в результате падения с высоты. В 12 случаев составили лица женского и 32 - мужского пола. Возраст пострадавших варьировал от 20 до 45 лет. Предметом исследования послужили - локализация, объём,

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

интенсивность кровоподтёков на различных участках тела. Произведено фотографирование поврежденных участков и отобраны наиболее качественные из них. Анализ цифровых изображений кровоподтеков производился с помощью компьютерной программы – просмотрщик изображений IrfanView и программа анализа цвета пикселя экрана ColorPix.

Результаты исследования. Судебно-медицинское освидетельствование проведен как в ближайшие сроки (на 1-3 сутки), так и в отдаленных периодах - на 4-10 сутки.

Установлено что, кровоподтеки имели весьма различную локализацию на теле, имели насыщенный характер, округло-овальной или неопределенной формы, размеры варьировали от 2,0х3,0см до 21,0х16,0см. Общая площадь кровоподтёков составлял более 500см². На теле у пострадавших помимо кровоподтеков выявлены обширные осадненные участки и ушиблено-рваные раны.

Кровоподтёки часто имели локализацию на лице, в области плеч, на конечностях, передних поверхностях груди, заднее - боковых частях туловища, имели четкую границу от окружающей ткани и сочетались с ушибами мягких тканей. Кровоподтеки вокруг глаз, помимо ушибов мягких тканей сочетались с кровоизлияниями на соединительные оболочки и склеры, которые имели темно – красный или же ярко-красный цвет

Во всех случаях зоне кровоподтеков отмечался выраженный отек мягких тканей, кровоподтеки имели более интенсивный характер, что были связаны со скоплением крови в подлежащих мягких тканях.

В первые 1-3 суток кровоподтеки имели сине-багровый цвет, которые сохранялись дольше, чем в кровоподтёках малых размеров, в 4-8 сутки – преобладал синюшно-зеленый, в 8—10 сутки после повреждения - желтый с различными оттенками. Цветовая комбинация кровоподтеков отличались интенсивностью в зависимости от размера и локализации на теле. Однако во всех случаях в центральной части кровоподтеков сохранились темно-синюшные окрашивания, только на 9-10 сутки преобладали желто-зеленоватый цвет периферических частей кровоподтеков.

Заключение. При объёмных кровоподтёках отмечена выраженная интенсивность кровоподтеков, что вероятно обусловлено ушибом мягких тканей и скоплением крови в подлежащих мягких тканях. При определении давности кровоподтёков следует учитывать цветовую комбинацию, количественную характеристику цвета периферического и центрального отделов, его яркость и насыщенность.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ПРИЕМЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Тургунова Ш. магистр 1 курса

*Научный руководитель: ассистент PhD У.М.Юсупова, 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В условиях современной жизни, характеризующейся высоким темпом жизни, большим количеством стрессов, отмечаются различные нарушения менструального цикла. Среди многочисленных проявлений этих нарушений следует отметить довольно высокую частоту предменструального синдрома (ПМС).

Цель исследования. Изучить распространенность и особенности течения ПМС у женщин, использующих комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

Материал и методы. Проведено анкетирование 200 женщин от 25 до 43 лет. Было выявлено наличие субъективной симптоматики у женщин, пользующихся современными контрацептивными средствами - низкодозированными КОК. Группой сравнения были пациентки (n= 50), не принимавших КОК.

Результаты исследований. В результате проведенных исследований установлено наличие признаков ПМС у 132 женщин (66%). Нейропсихическая форма выявлена у (35%) от общего числа обследованных женщин. Отечная форма была отмечена у (31%) обследуемых женщин.

Отмечено, что у женщин, пользующихся гормональными препаратами, ПМС встречался реже (15%), по сравнению с женщинами, использующими спираль (27%), а его клинические проявления были более легкими. Так, только у (25%) женщин, использующих гормональные препараты, было отмечено наличие боли внизу живота (22%), повышенной возбудимости (25%), ухудшение самочувствия (10%).

Выводы. В условиях современной жизни подавляющее число женщин (66%) детородного возраста в той или иной степени страдают проявлениями предменструального синдрома. Среди проявлений ПМС преобладающими являются нейропсихический (35%) и отечный (31%) синдромы. У женщин, использующих гормональные препараты, частота и выраженность ПМС была значительно ниже, как по сравнению с женщинами общей обследуемой группы, так и в сравнении с женщинами пользующихся спиралью (27%). Использование КОК способствует сглаживанию проявлений ПМС.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И СЦИНТИГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Тян А.А., магистр 3 курса

*Научный руководитель: Рашидова Ш.У., Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Патология щитовидной железы (ЩЖ) является одной из наиболее социально значимых эндокринопатий, уступая по распространенности лишь сахарному диабету. За последние годы отмечается неуклонный рост тиреопатий. Во всем мире около 20% населения имеют заболевания ЩЖ. Многочисленные исследования больших групп населения в различных странах мира показали, что пациенты с «узлами в ЩЖ» могут составлять более 40% от общего числа больных с патологией ЩЖ.

Цель исследования. Создание оригинального алгоритма диагностики и лечения пациентов с узловыми новообразованиями щитовидной железы, ориентированного на персонификацию решения, базирующегося в первую очередь на фундаментальных, новаторских и перспективных технологиях ультразвуковой диагностики.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на кафедре онкологии и медицинской радиологии АГМИ. Представленное исследование основано на анализе результатов обследования и лечения 70 больных с патологией ЩЖ, находившихся на обследовании и хирургическом лечении в АООД.

Результаты исследования. Из числа мировых систем оценки ультразвуковых изображений узлов щитовидной железы наиболее эффективными являются TIRADS (чувствительность – 91,0%, специфичность – 91,4%), ARC-TI-RADS (чувствительность – 89,5%, специфичность – 96,3%) и TIRADS-K (чувствительность – 82,1%, специфичность – 97,9%), обладающие большими диагностическими возможностями.

Предлагаемая система оценки ультразвуковых изображений узлов щитовидной железы TLA_RU обладает хорошей чувствительностью (87,5%) и высокой специфичностью (95,7%), что является определяющим при формировании показаний к ТАПБ

При сравнительной оценке работы специалистов ультразвуковой диагностики, использовавших системы стратификации, оригинальная TLA_RU обеспечила более высокие показатели согласованности оценок специалистов (идентичность заключений при бессистемной фиксации ультразвуковых признаков – 77%, при использовании TIRADS – 91,2%, при использовании TLA_RU – в 96,8%), что указывает на ее преимущества при принятии решения и выборе оптимальных, наиболее демонстративных признаков, являющихся маркерами новообразований ЩЖ. 295

Комплексное использование методик соноэластографии высоко информативно ($AUC = 0,902$, чувствительность = 91,6%, специфичность = 88,2%) и должно применяться в первую очередь при подозрении на опухолевое поражение ЩЖ.

Эффект «эластичности» доброкачественных узлов ЩЖ при соноэластографии объясняется слабой выраженностью стромального компонента и низким содержанием «жестких» белков (коллагенов III и IV). Для рака ЩЖ характерно высокое содержание коллагенов, связанное с особенностями метаболизма раковых клеток ЩЖ, что обеспечивает «жесткость» ткани. Ультразвуковые показатели, отражающие плотность ткани узлов щитовидной железы различного морфологического строения, имеют корреляцию с экспрессией маркеров соединительной ткани.

Вывод. По итогам обследования пациента с узловой патологией щитовидной железы специалист УЗИ не должен ставить диагноз, его задачей является установление факта наличия узлового образования, его расположения, размеров и определение показаний к ТАПБ, что должно отражаться в протоколе исследования.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Уктамов Б., студент 3-курса стоматологического факультета

*Научный руководитель: Ашуралиева Н.Д., Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Сегодня инфаркт миокарда (ИМ) остается таким же серьезным заболеванием, как и несколько десятилетий назад. Вот только один из примеров, доказывающих тяжесть этой болезни: около 50% больных умирают до того, как успевают встретиться с врачом. Вместе с тем совершенно очевидно, что риск ИМ для жизни и здоровья стал значительно ниже. После того, как 35 лет назад были разработаны основные принципы палат интенсивного наблюдения за коронарными больными и эти палаты начали реально работать в практике здравоохранения, существенно повысилась эффективность лечения и профилактики нарушений ритма и проводимости сердца больных ИМ и снизилась госпитальная летальность.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Надо сказать, что основные принципы и рекомендации по лечению острого ИМ, впрочем, как и для большинства других серьезных патологий, основываются не только на опыте и знаниях отдельных клиник, направлений, школ, но и на результатах крупных многоцентровых исследований, подчас проводящихся одновременно во многих сотнях больниц в разных странах мира. Конечно, это позволяет врачу в стандартных клинических ситуациях быстрее находить правильное решение.

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 137 пациентов с вышеуказанной сопутствующей патологией. Средний возраст пациентов составил 68,03 (медиана 67, интерквартильный размах 64-71) лет. Все пациенты были доставлены бригадами скорой медицинской помощи в среднем через 8,8 часов от начала ангинозного приступа. Среди поступивших пациентов пожилого возраста преобладали мужчины - 84 (61,3 %), количество женщин составило 53 (38,7%) соответственно.

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.

Интропная 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. Результаты выполненной работы позволяют при остром коронарном синдроме у больных пожилого и старческого возраста с учетом клинических особенностей течения заболевания, показателей внутрисердечной гемодинамики, проводить дифференцированную терапию, включающую ферментативную и эндоваскулярную реваскуляризацию миокарда.

Повышение выживаемости пациентов в течение 12 месяцев наблюдения после эндоваскулярной реваскуляризации миокарда дает возможность более широко рекомендовать этот метод лечения у больных ОКС с подъемом сегмента ST пожилого и старческого возраста в максимально ранние сроки заболевания.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Уктамов Б., студент 3-курса стоматологического факультета

Научный руководитель: Ашуралиева Н.Д.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. 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 293 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. Таким образом, до сих пор при многих клинических ситуациях нет четких доказательств эффективности того или иного метода реваскуляризации миокарда. При анализе результатов коронарного шунтирования и чрескожных коронарных вмешательств у больных с хронической окклюзией коронарных артерий, различными авторами приводятся, зачастую, противоречивые данные. При этом число исследований, проведенных в соответствии с принципами доказательной медицины, невелико. В настоящее время результаты клинических исследований убедительно доказали большую эффективность стентов с лекарственным покрытием в сравнении с обычными стентами. Это создаёт условия для повышения эффективности эндоваскулярной реваскуляризации миокарда и получить отдаленные результаты, сопоставимые с открытыми хирургическими методами лечения.

Дальнейшее накопление опыта и анализ отдаленных результатов могут позволить сделать окончательные выводы об эффективности различных методов реваскуляризации миокарда у пациентов с хронической окклюзией коронарных артерий.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Улмасов М.В., Абдупаттоев Д.У.

*Научный руководиткли: Косимов А.Л., Косимов Н.А., Кафедра общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Острый аппендицит – одна из самых частых нозологий, с которой встречается хирург общего профиля в своей рутинной практике. За последние 5 лет заболеваемость острым аппендицитом в России не превышает 5 чел. на 1000 населения. При этом на долю экстренных оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита, по мнению разных авторов, выпадает от 20 до 85%, а аппендэктомия занимает первое место среди остальных неотложных операций.

Аппендэктомия – одна из наиболее распространённых операций в хирургической практике. Острый аппендицит диагностируется у 1-1,5% населения. Среди госпитализированных в хирургические стационары 20-50% составляют больные с подозрением на эту патологию. Диагностические ошибки составляют 15–25% и выше. Количество необоснованных аппендэктомий достигает 30–40%. Также высоки цифры летальности: общая – 0,3–0,5%, у больных с высоким оперативным риском – до 37,3%

Цель исследования. Изучить результаты и преимущества использования видеолaparоскопии в диагностике и лечении острого аппендицита. Оценить эффективность и безопасность лигатурного метода обработки культи червеобразного отростка.

Материалы и методы исследования. С 2019 по 2021 г. 70 больным с клиникой острого аппендицита выполнена видеолaparоскопия. Диагноз острого аппендицита подтвержден у 79% пациентов. Во время

видеолапароскопии определялось наличие патологического процесса, расположение червеобразного отростка, показания к лапароскопической или открытой операции.

Результаты исследования. При сравнительной оценке эффективности различных тактических подходов в лечении острого аппендицита с ретропе-ритонеальным расположением червеобразного отростка мы учитывали травматичность оперативных вмешательств и частоту раневых и внутрибрюшных послеоперационных осложнений.

На основании проведенного исследования можно заключить, что информативность лапароскопии в диагностике острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении отростка превышает 80 %. Расширение показаний к лапароскопическим и ви-деоассистированным операциям позволяет значительно уменьшить частоту аппендэктомий посредством срединной лапаротомии. Применение оптимизированной тактики хирургического лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении отростка также позволяет значительно уменьшить частоту раневых послеоперационных осложнений. Лапароскопия в сочетании с санацией брюшной полости является эффективным компонентом в комплексном лечении некупируемого послеоперационного перитонита.

Лапароскопическая аппендэктомия в настоящее время является «золотым стандартом» при лечении острого аппендицита. Деструктивные формы аппендицита, осложненные инфильтратом, перитонитом, периаппендикулярным абсцессом, в большинстве случаев возможно оперировать видеолапароскопически.

Использование видеолапароскопии позволяет избежать «напрасных» аппендэктомий, выполнить ревизию брюшной полости, установить диагноз, своевременно диагностировать и лапароскопически оперировать сопутствующую патологию. Лапароскопический доступ снижает количество послеоперационных осложнений. Практически исключается нагноение раны, расхождение ее краев, эвентрация.

Ранняя активизация больных приводит к уменьшению тромбоэмболических осложнений и пневмоний. Лигатурный метод обработки культи червеобразного отростка в большинстве случаев надежен и безопасен.

Малая инвазивность метода и минимальная площадь повреждения брюшины способствуют раннему восстановлению всех функций организма, особенно моторики кишечника, и сводит к минимуму условия для возникновения тяжелых форм спаечной болезни брюшной полости. Немаловажно и значительное снижение материальных затрат на лечение одного больного при выполнении лапароскопической аппендэктомии.

Снижается количество применяемых анальгетиков, инфузионных сред, других препаратов. Значительно сокращается средняя продолжительность стационарного лечения – до 2-6 дней при выполнении лапароскопической аппендэктомии.

Вывод. Расширение показаний к малоинвазивным методам операций при остром аппендиците позволяет снизить сроки госпитализации и ускорить реабилитацию пациентов в послеоперационном периоде.

Применение предложенного инструмента, облегчающего удаление из брюшной полости воспаленного червеобразного отростка, позволяет уменьшить вероятность развития осложнений со стороны операционной раны и улучшить косметический эффект операции.

КРИТЕРИИ К ОРГАНИЗАЦИИ ОТБОРА КАНДИДАТОВ НА КОХЛЕАРНУЮ ИМПЛАНТАЦИЮ

Умарова М.А. - магистр

*Научный руководитель: Абдуллаев Х.А., к.м.н. ассистент кафедры Оториноларингологии
Ташкентского педиатрического медицинского института*

Актуальность. Важное значение имеет отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию (КИ) у детей. Неэффективная проведенная операция при ошибочном выборе кандидатов на КИ, не оправдывает надежду родителей и приводит дискредитацию метода. Для лучшей выявляемости заболевания, особенно у детей раннего возраста и у новорожденных, необходимо проводить аудиологический скрининг. Важным является не только раннее выявление детей с нарушением слуха, но и обязательная ранняя реабилитация больных после слухопротезирования и КИ. Причем, для возможности своевременного проведения кохлеарной имплантации необходимо полноценное обследование кандидатов по месту жительства.

Цель исследования. Увеличение числа кандидатов на КИ на основе выработки новых критериев к организации их отбора.

Материалы и методы. Проведены исследования в РСНПМЦП 40 больных детей в возрасте 1-5 лет с сенсоневральной тугоухостью III-IV степени и глухотой. При отборе кандидатов на КИ проводились оториноларингологические и, специальные методы исследования - коротколатентные слуховые (стволовые) восприятия (КСВП) и метод отоакустическая эмиссия (ОАЭ). На основании исследований произведен отбор кандидатов на КИ.

Результаты. Увеличение числа кандидатов на кохлеарную имплантацию обеспечено за счет расширения показаний к проведению самой операции и информированности родителей больных детей. Обеспеченность врачей в регионах нашей Республики современным диагностическим оборудованием

улучшил производительность аудиологического скрининга. Своевременное обследование и диагностика различных степеней нарушения слуха у детей позволил своевременно определить критерии отбора кандидатов для КИ и проводить операции сразу после направления больного в наш центр по КИ. В связи с совершенствованием техники кохлеарных имплантов и тактики хирургического вмешательства, расширились показания к проведению КИ. При врожденных аномалиях улитки, даже при значительной облитерации улитки получены положительные результаты, позволяющие расширить нижнюю границу критерия по тугоухости с 95 дБ до 80 дБ. Повышение эффективности достигнуто за счет повышения частоты стимуляции и совершенствования стратегий кодирования речевого сигнала. При 4 степени тугоухости после кохлеарной имплантации достигнуты лучшие результаты, чем при традиционном слухопротезировании.

Выводы. В условиях расширения объемов внедрения КИ следует строго соблюдать общие принципы отбора кандидатов на КИ. Необходимо расширить показания для отбора кандидатов на КИ по медицинским, возрастным и аудиологическим показаниям.

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Умарова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вопрос изучения поведенческих реакций детей и подростков методом фрустрации является актуальным.

Целью работы была изучение особенностей психоэмоциональных реакций детей и подростков.

Результаты. Исследования проводились у 250 здоровых школьников г. Андижана 7-11 лет (56 девочек и 70 мальчиков) и 12-17 лет (59 девочек и 65 мальчиков) с применением методики фрустрационной толерантности. У школьников, проживающих в социально-культурных условиях Ферганской долины, в целом отличается сниженная толерантность к фрустрации, что проявлялось выраженностью экстрапунитивных (внешненаправленных) реакций самозащитного типа ($p < 0,05$). У детей 7-11 лет несколько другой тип эмоционального реагирования. Некритично оценивая ситуацию, младшие школьники чаще приписывают вину окружающим, чем берут ответственность на себя. Характерны также реакция продолжения потребностей ($P < 0,05$), чем у подростков. Соотношение между типами реакции и их направленностью более равномерное. Психоэмоциональное реагирование на фрустрацию адекватнее. Наряду с экстрапунитивными реакциями характерны интра- и импунитивные. У подростков-школьников констатируется рост экстрапунитивных реакций самозащитного типа ($p < 0,001$) по сравнению с детьми 7-11 лет.

Вывод. Период интенсивного полового развития (12-17 лет) характеризуется значительным психоэмоциональным напряжением, перенапряжением физиологических защитных механизмов, что выражает характер адаптивного реагирования на школьные нагрузки.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Умарова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) - это нарушение синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа, развивающегося при различных патологических состояниях. ЖДА страдает 80%-85% всех пациентов с анемией. Женский пол болеют значительно чаще, чем мужской. По данным ВОЗ 1 788 600 000 жителей земли страдает железодефицитной анемией.

Цель. Изучить ранние симптомы и лабораторные показатели ЖДА у детей школьного возраста.

Результаты. Обследованы 200 детей в возрасте от 5 до 10 лет. В результате проведенного анализа было выявлено, что у 80% обследованных детей низкие показатели красной части крови, у 87,6% выявлена легкая степень, а у 10% случаев средней степени тяжести ЖДА, в большинстве случаев у девочек. Одним из симптомов анемии установлена усталость (82%), слабость (74%), бледность кожных покровов (84,7%), снижение аппетита (80%), извращенный вкус (8%), снижение успеваемости в школе (38%), низкая масса тела детей (30%).

Вывод. Таким образом, результаты исследования показали, что ЖДА не только сопровождается снижением показателей крови, но и влияет на физическое, психомоторное развитие детей школьного возраста.

Учитывая данную ситуацию, считаем необходимым проведение массовой профилактики и лечения ЖДА у детей школьного и дошкольного возраста по Ферганской долине.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Умарова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучить зависимости степени выживаемости и дальнейшего физического развития детей от сроков беременности, степени доношенности с массой тела при рождении.

Материалы и методы обследования. Приведены результаты ретроспективного анализа особенностей физического развития 80 детей в возрасте от 1 го до 1 4 лет; имевших массу тела при рождении 1000-2000 гр, родившихся в 1990-2004 гг. в родильных домах г. Андижана. Катamnестическое и объективное исследование проводили с помощью специальных разработанных тестов. Родившихся в сроки беременности до 28 нед, было 26 детей, до 28, 29-30 нед. – 25, до 31 - 32 нед. – 28.

Результаты Нормальное физическое развитие наблюдалось у 68% обследованных детей, у остальных выявлено различной степени общая задержка в физическом развитии, причем, чем меньше масса тела ребенка при рождении, тем, больше выражено это отставание. Значительное отставание длины, массы тела и окружности головы отмечалось у детей родившихся с массой тела от 1000 - до 1500 гр. Длина тела от - 1 ... до + 2 ... и более имели 46,2% истинно недоношенных и только 26% детей с задержкой внутриутробного развития. Массу тела от +1 ... до +2 .., и выше имели только 27% детей с задержкой внутриутробного развития и 42,8% недоношенных без задержки внутриутробного развития.

Физическое и психомоторное развитие недоношенных детей находится в тесной взаимосвязи. Из 80 детей у 35 % отмечены тяжелые психоневрологические, сенсорно-неавральные или интеллектуальные нарушения (инвалидация, квадриплегия, дефицит умственного развития), у 32 %- судороги, гемипарез, задержка психического развития, у 23 % - минимальные (28% недоношенных с задержкой внутриутробного развития и 72 % истинно недоношенных). Разной степени снижение коэффициента интеллектуальности у детей с массой тела менее 1500 гр наблюдалось в 5 - 6 раз чаще, чем у детей с массой тела более 1500. г.

Изучение зависимости физического развития детей с низкой массой тела при рождении от сроков беременности показала, что нормальное развитие имело у 26% детей родившихся до 28 нед., у 64% - до 29-30 нед. - и у 73% -до 31-32 нед. Внутриутробного развития.

Вывод. Таким образом, общее физическое развитие детей родившихся с низкой массой тела во многом отстает и это прямо зависит от массы тела при рождении т.е. чем меньше масса тела при рождении и тем больше выражена степень отставания.

ШКОЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Умарова М.А

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время отмечается нарастание социально-психологической дезадаптации детей и подростков, которая требует особого внимания специалистов, в частности школьных врачей.

Целью работы является сравнительно - возрастное изучение степени выраженности клинических проявлений дезадаптации у детей.

Результаты. Как свидетельствуют результаты исследования, полная дезадаптация выявлена у детей 12-17 лет $29,6 \pm 3,58$; $P > 0,05$ (22,4% и 36,0%, у мальчиков и девочек) больше, чем у младших школьников $22 \pm 3,38$ (16,5% и 28,1%; соответственно у девочек и у мальчиков). Такое соотношение отмечается и по II степени дезадаптации (14,5% и 25,6%; 10,4% и 19,4%; $P > 0,05$ соответственно у девочек и мальчиков) возрастные периоды 12-17 и 7-11 лет. У 72,7% девочек и 52,5% мальчиков 7-11 лет, и 63,1% девочек и 38,4% мальчиков 12-17 лет с дезадаптацией выявлен нарушением только один из 3-х показателей.

Вывод. Таким образом, значительно чаще, чем в детском возрасте ($15,7 \pm 1,18$), среди подростков школьного возраста ($29,4 \pm 1,9$; $P < 0,001$) встречаются нарушения адаптации. По всей вероятности оно связано с началом вегетативно-эндокринной пертурбацией организма и повышением эмоциональной возбудимости и реактивности переходного возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА И ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА

*Умархужаева Мохигул Иззатуллохон кизи - студентка стоматологического факультета
Охунжонова Хайтхон Хосилжоновна- ассистент кафедры Факультетской стоматологии и
пропедевтики стоматологических заболеваний.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Сохранение и укрепление здоровья студенческой молодежи имеет большое социально-медицинское и общественное значение. Студенты представляют собой особую социальную группу, характеризующуюся специфическими условиями жизни, повышенным нервно-психическим напряжением.

Цель. Проанализировать уровень знаний студентов лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов АГМИ по вопросам профилактики кариеса и гигиене полости рта.

Материалы и методы. Нами было проведено анкетирование 240 студентов стоматологического, лечебного и педиатрического факультетов. В анкету входило 24 вопроса по профилактической стоматологии.

Результаты. Результаты анкетирования показали более высокий уровень знаний по вопросам профилактической стоматологии у студентов стоматологического факультета. Студенты лечебного и педиатрического факультетов недостаточно информированы по вопросам профилактики кариеса.

Выводы. Для лучшего усвоения знаний по профилактике основных стоматологических заболеваний необходимо подавать информацию в соответствии с психологическими особенностями современных студентов, которые легко ориентируются в мировых информационных ресурсах и быстро находят нужную информацию; включать в обучение профилактической стоматологии студентов лечебного, педиатрического и других факультетов нашего университета.

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Умархужаева М.И, студентка 202 –группы стоматологического факультета
Научный руководитель: Шербоева М.Х.
Факультет стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Сахарный диабет — это эндокринное заболевание, характеризующееся хроническим повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина. Это распространенное заболевание среди человечества. Первые признаки и симптомы сахарного диабета могут возникнуть в ротовой полости, поэтому особое внимание в изменениях полости рта, может способствовать ранней диагностике и лечению диабета.

Больной сахарным диабетом находится в группе риска по заболеваниям ротовой полости, поэтому он должен обращать внимание на любые неблагоприятные изменения во рту и своевременно обращаться за стоматологической консультацией.

Цель исследования. Разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий при нарушении состояния СОПР у больных сахарным диабетом на основании оценки ее морфофункциональных показателей и их изменения в зависимости от типа, стадии, длительности СД и возраста пациентов.

Материалы и методы исследования. На первом этапе нами были отобраны пациенты в возрасте от 50 до 70 лет, в количестве 30 человек с диагнозом сахарный диабет II типа на первом этапе провели анкетирование, которые включали следующие вопросы: возраст, род деятельности, место проживания, использование лекарственных препаратов, использование диеты № 9, сопутствующие заболевания, посещение стоматолога.

Результаты исследования. Результаты проведенного анкетирования и осмотра пациентов показали, что проявления сахарного диабета в ротовой полости в виде множественных кариозных (73%) и некариозных поражений (67%), потери нитевидных сосочков языка (53%), воспаление слизистой оболочки (33%), ксеростомии (составило 80%). При анкетировании все опрошенные пациенты (100%) не соблюдают диету № 9, рекомендуемую при диабете.

Сахарный диабет сопровождается тяжелыми нарушениями обмена веществ и ранним возникновением ангиопатий в тканях пародонта, что приводит к пародонтозу. Нарушение обмена веществ при этом нередко сопровождается остеопорозом и остеолитом, что еще больше усугубляет состояние пародонта.

Результаты биохимического исследования смешанной слюны показали, что у всех больных сахарным диабетом pH слюны сдвигается в кислую сторону на 10%. Изменение pH среды смешанной слюны в кислую сторону, повышает риск развития кариеса, являясь активатором процесса отложения зубного налета, раздражению десны, она гиперемизируется и кровоточит. У 90% пациентов реакция на глюкозу положительная и превышает в 2 раза (норма 0,006-0,17ммоль/л) составила 0,37ммоль/л. Глюкоза является отягощающим фактором, служит питательной средой для микроорганизмов.

Количество мочевины у пациентов повысилось на 5% по сравнению с нормой (3,3ммоль/л) данные показатели характеризуют тяжесть воспалительного процесса в пародонте обследуемых больных. Активность альфа амилазы слюны повышена на 42% , общего белка на 30%.

Вывод. Таким образом, контроль за диабетом, соблюдение несложных гигиенических правил, прохождение профилактических осмотров у стоматологов и пародонтологов, внимательное отношение к выбору средств по уходу за полостью рта позволяют избежать появления опасных заболеваний полости рта, вызванных основным заболеванием - диабетом, а также способствуют улучшению качества компенсации самого диабета.

ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Умархужаева М.И., студентка 202- группы стоматологического факультета

Научный руководитель: Шербоева М.Х.

Факультет стоматологии и пропедевтика стоматологических заболеваний

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет (СД) – эндокринное заболевание, связанное с абсолютной (СД I типа) или относительной (СД II типа) недостаточностью инсулина, приводящее к нарушению всех видов обмена.

Оказание помощи больным сахарным диабетом – одна из актуальных проблем современной пародонтологии. Практикующему врачу-стоматологу необходимо знать стоматологический статус больного сахарным диабетом, чтобы вовремя направить пациента на консультацию к эндокринологу. Таким образом, вопрос тактики введения пародонтита на фоне СД остается актуальной темой современной стоматологии.

Цель исследования. Изучить диагностические аспекты ВЗП и разработать тактику их лечения у больных с инсулинзависимым сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 пациентов. Основную группу составили 30 больных с инсулинзависимым сахарным диабетом с воспалительными заболеваниями пародонта (21 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 28 до 75 лет. Продолжительность заболевания – от 6 лет до 30. И вторую группу составили 30 пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта без нарушений глюкозного гомеостаза (17 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 25 – 68 лет.

Результаты исследования. При осмотре мягких тканей полости рта перед ортопедическим стоматологическим лечением слизистая оболочка щёк, губ, дна полости рта, нёба, языка, альвеолярного отростка и альвеолярной части была бледно-розового цвета, без признаков воспалительных и дистрофических изменений. На спинке языка наблюдался белесоватый налёт в небольшом количестве, форма сосочков не изменена. При осмотре слизистой оболочки дёсен воспалительные изменения в тканях пародонта встречались в 100 % случаев. У 35 % пациентов данные изменения соответствовали лёгкой степени поражения пародонта, у 62 % пациентов были выявлена средняя степень тяжести поражения пародонта и у 3 % – тяжёлая.

При осмотре твёрдых тканей полости рта индекс КПУ в среднем был равен 23. Составляющая К (кариес) = 0 в результате терапевтической стоматологической подготовки пациентов к протезированию. Составляющая П (пломбы) = 10, У (удалённые) = 13.

У 19 % пациентов был выявлен хороший уровень гигиены полости рта, у 53 % наблюдался удовлетворительный, а у 28 % встречался плохой уровень гигиены полости рта.

На этапах коррекции зубного протеза были выявлены признаки механической травмы, а именно воспалительные изменения в виде гиперемии, эрозий и язв на слизистой оболочке протезного ложа в области границы протеза, а также в области повышенного давления базиса протеза у пациентов обеих групп. У пациентов, использующих частичный съёмный протез с базисом из КХС (1 группа), признаки механической травмы встречались в 10 % случаев, а у пациентов, использующих частичный съёмный протез с базисом из акрила (2 группа), данные изменения наблюдались в 90 % случаев (что на 80 % чаще, чем у пациентов 1 группы, $p = 1,4 \times 10^{-10}$). После рациональной коррекции зубных протезов данные симптомы обнаружены не были.

Через 3 месяца после наложения зубного протеза при осмотре полости рта пациентов с сахарным диабетом 2-го типа было выявлено наличие гиперемии на слизистой оболочке протезного ложа, в области наибольшего скопления зубного налёта на поверхности протеза. В 1 группе пациентов (с зубными протезами с базисом из КХС), данный признак встречался у 7 % пациентов, однако у пациентов 2 группы (с зубными протезами с базисом из акрила), данный признак был выявлен у 33 % пациентов (что на 26 % чаще, чем у пациентов 1 группы ($p = 0,021$)).

Вывод. Таким образом, контроль за диабетом, соблюдение несложных гигиенических правил, прохождение профилактических осмотров у стоматологов и пародонтологов, внимательное отношение к выбору средств по уходу за полостью рта позволяют избежать появления опасных заболеваний полости рта,

вызванных основным заболеванием - диабетом, а также способствуют улучшению качества компенсации самого диабета.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТОРОКОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ

*Умбетова Н.Р. – магистр 1 года обучения
Научный руководитель: к.м.н., доцент Юсупов А.С.
Кафедра детской анестезиологии и реаниматологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Проблема адекватного анестезиологического обеспечения оперативного лечения врожденной деформации грудной клетки у детей остается актуальной. Ее актуальность обусловлена, с одной стороны, необходимостью внедрения новых технологий в практику многочисленных медицинских стационаров, с другой — наличия потребности в этом оперативном вмешательстве и соответственно адекватного обеспечения нтраоперационного обезболивания.

Цель исследования. Оценка состояния центральной гемодинамики для улучшения качества анестезиологического обеспечения при проведении торакопластики у детей.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ результатов исследования - 46 детей в возрасте от 3 до 14 лет с врожденной деформацией грудной клетки. Продолжительность анестезиологического пособия у 6 (13,04%) больных составляла до 1 часа, у 18 (39,13%) больных до 1,5 часов, у 22 (47,82%) больных до 2 часов.

Больные были разделены на группы с учетом подбора адекватных комбинации препаратов для анестезии. Больным первой (основная) группы через 30 минут после премедикации производилась ингаляция севофлурана в дозе до 3,0 об%, внутривенно вводился раствор фентанила в дозе 5 мкг/кг массы тела. Больным второй группы обезболивание проводилось традиционным внутривенным введением фентанила и оксibuтирата натрия.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные данные показывают, что течение анестезии проходило стабильными показателями ЧСС, САД, сатурации кислорода. В наиболее травматичные этапы операции по сравнению с предыдущим периодом имело место уменьшение показателей СИ - на 2,38%, УИ на 2,97% и УПС - на 7,55%, при этом ЧСС повысилось на 12,52%.

Выводы. 1. Вариант анестезии с применением фентанила и севофлурана у детей характеризуется гладким клиническим течением, обеспечивает эффективную анестезиологическую защиту детского организма от операционной травмы и может быть рекомендован для практической детской анестезиологии. 2. Анестезия на основе фентанила с севофлураном сопровождается умеренными изменениями основных показателей центральной гемодинамики без снижения производительности сердца.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЛИМФОТИЧЕСКОГО ДРЕНАЖА В СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ ХИРУРГИИ XXI ВЕКА- FAST TRASK SURGERY (ХИРУРГИЯ БЫСТРОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ)

*Ж.Ж. Умурзаков
Научный руководитель: Э.С. Джумабаев, Заведующий кафедрой госпитальной и факультетской хирургии, профессор. Лауреат Премии АН Узб.ССР.
Андижанского государственного медицинского института*

Цель работы. Изучить роль лимфатической системы в патогенезе послеоперационных осложнений и возможности региональной лимфатической терапии в их профилактике.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования выполнены совместно с патологоанатомической лабораторией ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», под руководством профессора И.М.Байбекова, на уровне электронной микроскопии, включающие изучение микроциркуляции, иммуноморфологии и радионуклидной региональной гемолимфодинамики (методом Kety), при моделировании различных патологических состояний, а так же клинические наблюдения охватывающие более 2 тысяч пациентов с различными хирургическими заболеваниями.

Результаты. Данные сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии показали, что не редко, хирургические вмешательства сопровождаются отсутствием адекватной адаптации тканей к операционной агрессии, особенно в условиях неблагоприятного преморбидного состояния, в результате острой и хронической хирургической патологии. Развивается, так называемая, картина «шоковой ткани» или «шокового органа», парабиоза и некробиоза тканей, обусловленных избыточным отеком, скоплением белка, продуктов дисметаболизма, аутоиммунных комплексов и микробов в интерстициальном пространстве. Не редко, это состояние усугубляется декомпенсацией лимфатического дренажа, который в

рассматриваемой ситуации является основным звеном поддержания гомеостаза тканей. Наши исследования показали, что лимфоциты покидают очаг патологического процесса исключительно через лимфатические капилляры, а проникают в него, через посткапиллярные венулы. Развивающиеся расстройства микроциркуляции, и прежде всего лимфостаз, сопровождаются региональным иммунодефицитом с накоплением аутоиммунных комплексов и последующим развитием ранних послеоперационных осложнений и фиброза тканей. Существующие методы «общей» реанимации не всегда эффективны. Пораженные ткани остаются без должного реанимационного пособия, в результате развивающегося, так называемого, «интактного кроволимфообращения». В клинике это проявляется развитием ранних послеоперационных осложнений и «болезней оперированных органов» в отдаленном послеоперационном периоде..

Нами, в течение трех десятилетий, разрабатываются методы региональной лимфатической терапии (патент СССР № 365\98, патент РУз. 3234), включающие в себя региональную стимуляцию лимфатического дренажа, региональную лимфатическую антибиотикотерапию и региональную лимфатическую иммуномодуляцию. Предложена классификация регионов приложения локальной лимфатической терапии через связочные и клетчаточные образования. При этом основывались на теорию сегментарного строения лимфатической системы (Д.А.Жданов 1970) и возможность латерального тока лимфы (лимфоперетока) в условиях отека (С.У Джумабаев 1980).

Выводы. Используемые методы способствуют уменьшению развития гнойно-септических осложнений и «болезней оперированных органов», в 2-4 раза и обладают существенной фармакоэкономической составляющей, за счет снижения расхода медикаментов на 30-50%. Все это способствует более быстрой и благоприятной ранней и отдаленной реабилитации оперированных больных, по сравнению с традиционным ведением послеоперационного периода.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ СЕВОФЛУРАНОМ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ У ДЕТЕЙ

Урумбаев Р.М. - магистр по направлению «Детская анестезиология и реаниматология»

Научный руководитель: к.м.н., доцент Юсупов А.С.

Ташкентского педиатрического медицинского института

Актуальность. Внедрение ингаляционных анестетиков последнего поколения, совершенствование систем контроля над состоянием пациента во время и после анестезии, стремление к управляемости и максимальной безопасности наркоза создает комбинированное применение наркотического анальгетика фентанила и ингаляционного анестетика севофлурана в повседневной рутинной практике. Основным преимуществом ингаляционной анестезии в этом случае является возможность быстрого управления глубиной наркоза.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения детей с врожденными пороками сердца, оперированных в условиях искусственного кровообращения, посредством применения ингаляционного анестетика севофлурана в качестве основного компонента анестезии.

Материалы и методы. В исследование включили 22 пациентов, из них 45% девочки и 55% мальчики, которых поделили на группы по виду анестезиологического пособия. Возраст исследованных пациентов составил от 1 до 10 лет. Группы отличались методом проведения анестезиологического пособия, как во время пред- и постперфузионного периода, так и в период перфузии. В группе 1 вводный наркоз проводился фентанилом, сибазоном и севофлураном; поддержание анестезии – фентанилом и севофлураном. В группе 2 вводный наркоз осуществлялся фентанилом и пропофолом, поддержание анестезии - также фентанилом и пропофолом. ИВЛ проводили наркозными аппаратом «Fabius» Drager (Германия).

У всех больных осуществляли непрерывную регистрацию: ЭКГ, ЧСС, АД, ЦВД, температуры в пищеводе, а также величины биспектрального индекса (BIS). Сердечный индекс и минутный объем измеряли с помощью метода эхокардиографии. Контролировали: pH, pO₂, pCO₂, избыток (дефицит) оснований. Кровь на исследование забирали: после вводного наркоза, во время ИК, после нейтрализации протамином гепарина, перед транспортировкой в палату реанимации.

Результаты исследования. При анализе данных было отмечено, что систолическое артериальное давление в группах не имело существенных различий, как при исходных значениях, так и на всех вышеперечисленных этапах. Аналогичная тенденция наблюдалась и при оценке диастолического артериального давления исходно, во время стернотомии, при канюляции, после ИК и в конце операции. В группе пациентов, которым применялась ингаляционная анестезия севофлураном, достоверно сокращалось время пробуждения после операции в сравнении с группами, где использовался пропофол - на 15 %. При применении севофлурана расход фентанила сокращается в 1,5 раза, по сравнению с методиками на основе внутривенных анестетика пропофола.

Выводы. Использование севофлурана в качестве компонента комбинированного анестезиологического пособия при хирургической коррекции ВПС у детей оказывает положительное

влияние на течение периоперационного периода за счет снижения выраженности сердечной и дыхательной недостаточности, длительности респираторной поддержки, ранней активизации и сокращения времени нахождения пациентов в ОРИТ. Использование севофлурана для индукции в наркоз и поддержания анестезии обеспечивает адекватное обезболивание во время операций по поводу врожденных пороков сердца.

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ И ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЕ

Выполнил: Уринбоев Б.Д, студент 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Каримов А.Х.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия отмечается значительный рост распространенности алкоголизма в Республике Узбекистан и других странах СНГ. Это подтверждается количеством потребляемого алкоголя на душу населения, увеличением числа алкогольных психозов, смертностью от алкоголизма и его осложнений.

Цель исследования: изучить особенности течения алкоголизма у больных женщин с сопутствующими эндокринными нарушениями.

Материал и методы исследования: В связи с этим нами была обследована группа женщин, страдающих хроническим алкоголизмом и эндокринными расстройствами состоящих на учете в АОПНД и эндокринологическом диспансере.

Были изучены 58 женщин в возрасте от 35 до 57 лет. Все больные употребляли алкогольные напитки в течение продолжительного времени в форме систематического пьянства. Эти больные были условно разделены на 2 группы. В первую группу (34 больных, 58,6 %) вошли пациентки с отягощенной наследственностью (родственники больных страдали эндокринными или психическими заболеваниями), в возрасте от 42-57 лет, состоящие на учете со II и III стадиями хронического алкоголизма. Во вторую группу (24 больных, 41,3 %) вошли пациентки безотягощенной наследственностью, в возрасте от 35-54 лет, состоящие на учете со II и III стадиями хронического алкоголизма.

Результаты и их обсуждение: Развитию алкоголизма у женщин способствуют микросоциальные условия и среди них, прежде всего, работа в сфере обслуживания (официантки, продавщицы); значительно более частые, чем у мужчин, предшествующие психические отклонения в форме психопатий, неврозов, психического инфантилизма, дебильности; начало злоупотребления алкоголем на фоне психотравмирующей ситуации.

Конституционально генетический фактор у женщин важнее, чем у мужчин. Большое значение имеют воспитание и, особенно, социально- психологические факторы и некоторые длительные соматические заболевания (хронические заболевания печени, органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.)

Основываясь на характерологических особенностях и депрессивно-аффективных расстройствах, можно выделить два типа алкоголизма у женщин. К типу со злокачественным развитием алкоголизма относятся больные с патологическими преморбидными личностными чертами. С пубертатного возраста у них периодически возникали стертые депрессивные состояния. Регулярное пьянство начиналось на фоне депрессии. Быстро возникала психическая зависимость, затем начиналось ежедневное пьянство с нарастающими дозами алкоголя

Характерологические особенности больных с относительно доброкачественным развитием алкоголизма определялись со склонностью к легким аффективным расстройствам.

Психические изменения при эндокринных заболеваниях, отягощенные алкоголизмом, полиморфны. Почти у всех пациенток отмечался «эндокринный психосиндром», который проявлялся следующими симптомами: снижением психической активности, изменением настроения, понижением или усилением полового влечения, маниакальными или депрессивными состояниями со злобностью, чувством ненависти, депрессивно-апатическими состояниями, астенией, а также состояниями страха и тревоги.

В первой группе пациентов (8 пациенток, 23,5 %), отмечались психические нарушения в форме психозов (делирий, острый галлюциноз). Клиническая картина психозов утяжелялась, на первый план выступала повышенная аффективная возбудимость, яркость эмоциональных проявлений, лабильность настроения, а также удлинение сроков психоза.

Во второй группе пациентов отмечался острый галлюциноз только у (2 женщин, 8,3 %).

Острые психозы развиваются на фоне эндокринного психосиндрома и могут возникать на любой стадии заболевания. В первую очередь это психозы по типу острой экзогенной реакции (делирий, аменция, сумеречное помрачение сознания) с преобладанием аффективных расстройств (депрессивные, депрессивно - параноидные синдромы). Эти психозы часто становятся затяжными и возникают повторно.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

При лечении этих больных, особенно первой группы, в комплексное лечение были включены минимальные дозы корригирующей гормональной терапии, в частности преднизолон 50-100 мг в/в на 0,09 % хлористого натрия или полькортолон 40 мг на 0,09 % хлористого натрия или 5% растворе глюкозы.

По мере утяжеления клинической картины алкоголизма идет прогрессирование эндокринного психосиндрома, который постепенно переходит в психоорганический синдром.

Для наблюдавшегося у них психоорганического синдрома были характерны расстройства памяти (амнезия, дисмнезия, нарушения типа Корсаковского синдрома), интеллектуальное снижение с выраженным нарушением осмысления и критического отношения к своему состоянию: мышление замедляется, преобладают черты эмоциональной вялости, в наиболее тяжелых случаях развивался синдром органического слабоумия.

Вывод: При наличии сопутствующих эндокринных расстройствах и отягощенной наследственности (психическими или эндокринными заболеваниями) алкоголизм у женщин протекает более злокачественно, значительно чаще наблюдаются алкогольные психозы и изменения личности по психоорганическому типу. В схему комплексного лечения этих больных рекомендуется включать небольшие дозы корригирующей гормональной терапии.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Урмонжонов Н., студент 4-курса лечебного факультета

Научный руководитель: Арзибекова У.А., Кафедра факультативной педиатрии и неонатологии, Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Железодефицитная анемия у детей - клинко-лабораторный синдром, развивающийся при дефиците железа в организме вследствие дисбаланса процессов его поступления, усвоения и расходования. Железодефицитная анемия у детей проявляется астено-вегетативным, эпителиальным, иммунодефицитным, сердечно-сосудистым и др. синдромами.

Основными лабораторными критериями диагностики железодефицитной анемии у детей служат концентрация Hb, цветовой показатель, морфология эритроцитов, содержание железа и ферритина в сыворотке крови. Лечение железодефицитной анемии у детей включает соблюдение диеты и режима, прием препаратов железа, редко - переливание эритроцитарной массы.

Цель исследования. Выявление факторов риска развития и особенности течения ЖДА у детей 1-2 года жизни.

Материалы и методы исследования. Нами проведено клинко-лабораторное исследование 192 детей с ЖДА: I группа - 17 детей с легкой степенью анемии (Hb 90-110 г/л, Эр 3,0x10¹²/л), II группа - 102 ребенка с анемией средней степени (Hb 70-90 г/л, Эр 2,5-3,0x10¹²/л) III группа - 75 детей с тяжелой степенью ЖДА (Hb < 70 г/л, Эр < 2,5x10¹²/л).

Результаты исследования. Определено, что у 102 больных - городских жителей чаще было легкое (14,5%) и среднетяжелое (66,0%) течение анемии, тяжелая анемия - у 19,5%; у 90 детей, сельских жителей, чаще регистрировалась среднетяжелая (39%) и тяжелая (61%) степень ЖДА.

Определена связь между частотой анемии у ребенка и наличием анемии ($r = +0,99$, $p < 0,001$) и преэклампсии ($r = +0,76$, $p < 0,001$) у матери, перинатальной энцефалопатии

($r = +0,90$, $p < 0,001$), рахита ($r = +0,86$, $p < 0,001$), дисбиоза кишечника ($r = +0,66$, $p < 0,001$) и ранним началом искусственного вскармливания ($r = +0,78$, $p < 0,001$).

У всех больных детей были жалобы на слабость, вялость, снижение аппетита, бледность кожных покровов и слизистых; мышечная гипотония (82,3%), умеренная тахикардия и систолический функциональный шум (76,6%), сухость волос (48,3%), запоры (21,2%).

В общем анализе крови, наряду со снижением уровня гемоглобина и эритроцитов, у 78% детей была выявлена гипохромия, анизоцитоз и пойкилоцитоз различной степени (81%). Уровень сывороточного железа был нормальным в 56% случаев, в остальных - был снижен до 6,3 мкмоль/л.

Вывод. ЖДА у детей раннего возраста регистрируется в 39,6% случаев и имеет свои возрастные анамнестические и клинко-лабораторные особенности.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ТИРОЗИНКИНАЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

Выполнил: Урмонжонов Н.И., студент 427 группы лечебного факультета.,

Научный руководитель: Хамидова М.И., Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии, Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронический миелолейкоз (ХМЛ) - первое клональное миелопролиферативное заболевание при котором была выявлена генетическая поломка, приводящая к его развитию -реципрокная

транслокация 1(9;22)(q34;q11.2), в результате которой на деривате 22 хромосомы образуется сливной ген BCR-ABL₁, продуктом экспрессии которого является аномальный белок Bcr-abl p210, обладающий высокой тирозинкиназной активностью. При современном понимании механизмов, лежащих в основе этого заболевания, и основанном на этом прогрессе медицинских технологий, возможно патогенетически подойти к его диагностике и терапии. Появление препаратов, ингибирующих тирозинкиназы (ИТК), играющие основную роль в развитии ХМЛ, коренным образом изменило тактику его лечения, сделав ее патогенетически направленной.

Цель исследования. Изучить особенности поведения опухоли у больных ХМЛ в условиях длительного применения препаратов с антитирозинкиназной направленностью.

Материалы и методы исследования. Решение поставленных задач проводилось на основании клинико-лабораторного и инструментального обследования больных, которые находились на стационарном и/или амбулаторном лечении в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Результаты длительного наблюдения за большой когортой больных хроническим миелолейкозом свидетельствуют, что за последние 10 лет в результате внедрения современных методов антитирозинкиназной терапии существенно увеличилась общая выживаемость больных. Шестилетняя общая выживаемость составила 91% для пациентов, начавших лечение ингибиторами тирозинкиназ в ранней хронической фазе.

Девятилетняя общая выживаемость составила 78%, для больных, начавших лечение ингибиторами тирозинкиназ в поздней хронической фазе.

Раннее достижение полного цитогенетического ответа является основным благоприятным прогностическим фактором, влияющим на результаты долговременной терапии. Общая 9-летняя выживаемость у пациентов, достигших полного цитогенетического ответа к 12 мес. терапии иматинибом достоверно (на 15%) выше, чем у больных, достигших его в более поздние сроки.

Подтверждены известные клинические параметры, влияющие на полноту цитогенетического ответа и общую выживаемость: продолжительность хронического миелолейкоза не более 5 лет, отсутствие терапии бусульфаном до назначения ингибиторов тирозинкиназ. Кроме того, на общую выживаемость оказывает влияние предшествующее применение интерферона и прогностическая группа риска на момент диагностики хронического миелолейкоза.

Клональные цитогенетические аномалии в Рb-юзитивных клетках выявлены в 11% случаев хронического миелолейкоза. Их обнаружение ассоциировано с развитием цитогенетической резистентности к терапии иматинибом, однако это не приводит к существенному уменьшению пятилетней общей выживаемости (80%) по сравнению с основной группой пациентов. Назначение ингибиторов тирозинкиназ второго поколения является эффективным в 30% случаев.

Сложные транслокации, приводящие к образованию аномального гена Bcr-abl, обнаружены у 3% больных хроническим миелолейкозом. Их наличие является неблагоприятным фактором при лечении больных ингибиторами тирозинкиназ.

Появление клонов в Рb-негативных клетках зарегистрировано у 3% больных хроническим миелолейкозом. Полный цитогенетический ответ у этих пациентов достигнут в поздние сроки в 90% случаев терапии ингибиторами тирозинкиназ. Наиболее часто выявляемые клоны трисомия хромосомы 8 и моносомия хромосомы 7 не являются факторами неблагоприятного прогноза терапии.

Вывод. Проведенный анализ отдаленных результатов лечения больных в хронической фазе ХМЛ показал высокую эффективность и безопасность десятилетней терапии иматинибом.

Разработанные рекомендации по оптимизации терапии ХМЛ, с учетом особенностей его течения при терапии ингибиторами тирозинкиназ, способствуют повышению качества лечения этого заболевания.

Показано, что созданный и внедренный на территории РФ, регистр больных ХМЛ является эффективным инструментом для оценки состояния диагностики и терапии заболевания в различных регионах РФ, эффективности внедрения новых технологий диагностики, мониторинга состояния пациентов, адекватности применения современных методов лечения и их стандартизации, своевременности перехода на более эффективную терапию (в случае резистентности к предыдущему лечению).

АНТИСТРЕССОВАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ПРИ РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ

Усманов Жахонгир Рустам угли – магистр по направлению «Детская анестезиология и реаниматология»

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Юсупов А.С.
Ташкентского педиатрического медицинского института*

Актуальность. Проблема анестезиологического пособия, как основного компонента антистрессового обеспечения организма, при риносептопластике сохраняет высокий уровень актуальности. Несмотря на достижения медицинской науки, такие, как высокоэффективные методы общей и регионарной анестезии, проблема анестезиологического обеспечения при данном оперативном вмешательстве далека от

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

своего окончательного решения. Абсолютное большинство пациентов, перенесших подобное вмешательство, страдают от выраженного болевого синдрома в первые сутки после операции. «Неоптимальность» послеоперационного обезболивания до настоящего времени является одной из основных «проблемных зон» анестезиологического пособия для пациентов ЛОР-профиля.

Цель исследования. Повышение эффективности комплексной антистрессовой защиты организма при риносептопластике у детей.

Материалы и методы. В исследование включено 34 пациентов с искривлением носовой перегородки, разделенных на 2 группы. 1 группу составили 18 детей (53,0%). 2 группу составили 16 (47,0%), средний возраст детей составлял $8,6 \pm 1,2$ лет. В обе группы вошли пациенты с риском анестезии по шкале ASA - I-II, которым, проводилась риносептопластика. За 30 минут до операции в составе премедикации пациентам обеих групп было назначено: атропина сульфат в дозе 0,1 мг/кг, димедрол 1% 0,2 мл на год жизни; метоклапромид 0,15 мг/кг. Пациентам 1ой группы для анестезиологической защиты использовали комбинацию севофлурана (3,0 об%) с фентанилом (0,002 мг/кг). Пациентам 2ой группы применялась методика тотальной внутривенной анестезии с использованием фентанила (0,003 мг/кг) и сибазона (0,4 мг/кг). Оперативное лечение в обеих группах проводилось с ИВЛ. В раннем послеоперационном периоде проводилась оценка чувства боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), наличие тошноты и рвоты, время проведения обезболивания.

Результаты исследования. Интенсивность боли по шкале ВАШ в группе 1 составила 2-3 балла, в группе 2 1-2 балл. Тошнота наблюдалась у 2 (11,1%) пациентов 1 группы, во 2 группе – у 5 (31,2%). Рвоты в обеих группах не было. Потребность в анальгетике после операции у пациентов обеих групп не возникло. Время пребывания в клинике в обеих группах группы составил 1 день.

Выводы. Разработанная программа анальгезии в пред- и интраоперационном периодах является оптимальным компонентом антистрессовой защиты организма при риносептопластике у детей, предотвращающие последствия операционного стресса. Применение метоклапромида в дооперационном периоде предотвращает послеоперационную тошноту и рвоту.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ИЗОФЛЮРАНОМ ПРИ ОСТРЫХ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Усмонова Э.У. - студентка педиатрического факультета

*Научный руководитель: Маматкулов И.А. – ассистент кафедры
анестезиологии и реаниматологии, детской анестезиологии и реаниматологии.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Операции при острых повреждениях конечностей у детей проводятся в условиях общей анестезии или используются проводниковые методы местной анестезии с седацией. Данная необходимость обоснована физиологическими особенностями детского организма, сохранностью психоэмоциональной сферы, возрастными особенностями, тяжестью перенесенной травмы. Однако указанные препараты в рекомендуемых дозах зачастую дают ряд негативных эффектов, а снижение дозы приводит к неадекватному обезболиванию. Применение изофлурана в сочетании с кетаминем обеспечивает эффективное обезбоживание с сохранением требуемого уровня анестезии при проведении открытых или закрытых репозициях костей конечностей у детей.

Целью работы явилось изучение эффективности методик комбинированной анестезии с использованием изофлурана и кетамина при сохранном спонтанном дыхании при проведении открытых или закрытых репозиций поврежденных костей конечностей у детей.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось у 40 больных детей, в возрасте от 3 до 16 лет, при проведении вправлении вывихов, репозиции костных отломков верхних и нижних конечностей, фаланг пальцев, первичная хирургическая обработка ран, наложение фиксирующих аппаратов. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (22 больных) - анестезия проводилась с использованием ингаляционной анестезии изофлюраном (до 3,0 об %, в последующем снижении концентрации изофлурана до 1,0 об %) и кетамина (2,0 мг/кг). 2-я группа (18 больных) – анестезия с использованием кетамина (2,5 мг/кг) и сибазона (0,4 мг/кг). Клиническое наблюдение проводилось с определением АДс, АДд, АДср, ЧСС и сатурации кислорода (SatO_2) в крови и показателей центральной гемодинамики (ЭхоКГ).

Результаты и обсуждение. После премедикации в первой исследуемой группе достоверно возрастала ЧСС на 10,3%, при этом показатель АД оставался стабильным. Частота дыхания (ЧД) на момент вводного наркоза, в обеих группах, уменьшилась, соответственно на 5,6% и 6,8%, а затем постепенно нарастали и концу операции превысили исходные на 12,2 и 14,6 % соответственно. Показатель SatO_2 оставался стабильными в течение всего исследуемого периода обезболивания. Пробуждение у детей 1-й группы наступало через 5-мин, через 30 мин после окончания операции сознание восстанавливалось. Осложнений, связанных с наркозом, в данной группе не было.

Во 2-й группе после вводного наркоза отмечалось снижение ЧСС (на 18%). При этом показатель АД увеличивалась умеренно (на 2,4%), по сравнению с исходными данными. После окончания оперативного

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

вмешательства данная тенденция сохранялась: ЧСС было снижено на 9%, АДс - на 0,5 %. Пробуждение детей 2-й группы наступало через 50 мин после окончания операции.

Выводы. Применение ингаляционной анестезии изофлюраном в сочетании с кетамином является эффективным методом комбинированной анестезии, может быть широко использован при проведении открытых или закрытых репозиций костей конечностей у детей.

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Усманова Ф.Т.

Научный руководитель: Садикова Д.И., Курбанова Д.И.

Кафедра хирургии и урологии АГМИ

Кафедра клинической фармакологии АГМИ

Цель исследования: улучшение результатов консервативного лечения лейкоплакии мочевого пузыря

Материал и методы исследования: было проведено консервативное лечение 20 женщинам с лейкоплакией МП 1 стадии, проходивших лечение в отделение урологии клиники АГМИ. Консервативное лечение было комбинированным, в зависимости от установленных этиопатогенетических факторов возникновения заболевания у данных женщин.

Результаты исследования: У 13 женщин выявлены признаки активного воспалительного процесса нижних мочевых путей (лейкоцитурия, бактериурия). Наиболее частым возбудителем инфекционного процесса нижних мочевых путей являлась грамотрицательная флора: у 7 больных - *Escherichia coli*, у 6 - *Staphylococcus saprophyticus*. Лечение данной категории больных начиналось с антибактериальной терапии, проводимой с учетом высеваемой микрофлоры и подбором соответствующего антибактериального препарата. Через 14 дней после приема препарата для подтверждения элиминации возбудителя производилось повторное бактериологическое исследование мочи. По данным проведенного исследования у 4 (9%) больных была выявлена патогенная флора, что потребовало проведения дополнительной антибактериальной терапии левофлоксацином в дозировке 500 мг 1 раз в день, в течение 10 дней. При контрольном посеве мочи через 12 дней патогенной флоры не выявлено.

Всем женщинам, у которых была выявлена вирусная инфекция производилась противовирусная терапия.

При выявлении нарушения гормонального фона, в виде гипоестрогении проведена заместительная локальная гормональная терапия по согласованию с гинекологом-эндокринологом. Всем больным спустя 6 месяцев проводилось комплексное исследование уродинамики. Все женщины отмечали улучшение самочувствия, исчезновение болей, уменьшение симптомов нижних мочевых путей.

Вывод: Для эффективности лечения лейкоплакии мочевого пузыря первой стадии рекомендуется комбинированное консервативное лечение, исходя из этиопатогенетических факторов возникновения данного заболевания, включающих в себя антибактериальную, противовирусную, иммуномодулирующую и гормонозаместительную терапию.

ПРЕИМУЩЕСТВА СОВРЕМЕННОЙ ЭНДСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБО-ОТИТА

Выполнил: Усмонов С.Х., магистр 1 курса.,

Научный руководитель: Усманова Н.А., Кафедра оториноларингологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Тубо-отит - это заболевание, во время которого начинается острое или хроническое воспаление в слизистой оболочке слуховой трубы. Слуховую трубу также называют евстахиевой, в честь врача, который открыл и описал ее строение. Она выполняет соединительную функцию между глоткой и ухом и косвенно участвует в звукопроводимости. Именно поэтому тубоотит также называют евстахиитом.

Цель исследования. Изучить и сопоставить данные эндоскопического осмотра с результатами аудио логического обследования, внедрить методы эндоскопического лечения.

Материалы и методы исследования. По данной методике в нашей клинике прооперировано 15 пациентов обоего пола, в возрасте от 29 до 72 лет 9 из них — мужчины, 6 — женщины. У троих больных рубцовые синехии были выявлены непосредственно в устье слуховой трубы, и возникли они в результате травмы конхотомными ножницами. У одного пациента имелся рубец спереди от тубарного устья.

У 8 больных имелись грубые рубцовые изменения в области розенмюлле-ровой ямки и тубарного валика, что затрудняло открывание устья. У трех пациентов имелись рубцовые синехии между тубарным валиком и сошником, причем у одного из них патологические изменения были двусторонними. Из общего числа больных рубцовые изменения возникли в результате аденотомии у 9 (60%) человек, в результате внутриносовых вмешательств у 6 (40%) человек.

Результаты исследования. При наличии тубарных дисфункций в подавляющем большинстве случаев удается найти корригируемые изменения в области носоглотки и глоточного устья слуховой трубы

Эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки — наиболее эффективный метод выявления рино- и синусогенных причин тубарных расстройств. Патологическое отделяемое часто удается выявить даже при отсутствии рентгенологических изменений

Спектр диагностических находок при эндоскопическом исследовании носоглотки исключительно велик. Нозологические формы, выявленные нами в процессе работы, требуют дальнейшего изучения и систематизации. Отоэндоскопия — высокоинформативный метод, являющийся важным дополнением к другим способам осмотра уха, в том числе и ото-микроскопии

На основании материалов и опыта выполненной работы спроектирован и произведен универсальный риноотоскоп, позволяющий осуществлять осмотр носоглотки и видеоотоскопию как в стационарных, так и в амбулаторных условиях

Вывод. Опыт и научные материалы, полученные в процессе исследования, позволили разработать универсальный эндоскоп, дающий возможность проведения как риноскопического, так и отоскопического осмотров

Большой спектр изменений, выявленных при эндоскопии в области носа [лотки у больных с тубарными расстройствами], убедительно доказывает необходимость проведения визуального осмотра глоточного устья у всех пациентов с нарушениями функций слуховой трубы

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ И ДИСФУНКЦИЕЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

*Выполнил: Усмонов С.Х., магистр 1 курса.,
Научный руководитель: Усманова Н.А., Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. В структуре ЛОР - заболеваемости слуховой трубы составляют 45%. Наличие аденоидных вегетаций в 58% случаев отрицательно сказывается на вентиляционной и дренажной функциях слуховой трубы. Характер патологических процессов в среднем ухе при дисфункции слуховой трубы может быть различным и колебаться от экссудативных средних отитов до хронических гнойных средних отитов, причем эти процессы зачастую взаимосвязаны.

Цель исследования. Оптимизировать тактику и стратегию лечения больных с дисфункцией слуховых труб на основании изучения причин их возникновения и разработки современных методов терапии.

Материалы и методы исследования. По данной методике в нашей клинике прооперировано 15 пациентов обоего пола, в возрасте от 29 до 72 лет 9 из них — мужчины, 6 — женщины.

Результаты исследования. Изменения в среднем ухе у больных с аденоидными вегетациями в первую очередь определяются особенностями локализации лимфоидной ткани и наличием аденоидита, а не их размером и объемом. Экссудативные средние отиты у детей встречаются практически равномерно (21%) при различной степени гиперплазии глоточной миндалины. Изменения в среднем ухе являются безусловным показанием к оперативному лечению аденоидных вегетаций.

Проведения одного оперативного вмешательства недостаточно для полного восстановления нарушенных функций слуховых труб. У 19,3% детей после аденотомии эти нарушения сохраняются в виде экссудативных средних отитов.

После перенесенной операции необходимо проведение последующего курса реабилитационной терапии, направленного на восстановление анатомо - физиологического защитно-адаптационного механизма в носоглотке и в среднем ухе с целью предупреждения стойкого снижения слуха.

Для своевременной диагностики дисфункции слуховой трубы необходим комплекс современных методов исследования, включающий в себя: динамику эндоскопию полости . носа и носоглотки, ото-микроскопию, аудиометрию, тимпанометрическое обследование.

Тимпанометрия в обследовании состояния среднего уха точнее регистрирует его изменения, чем аудиометрия. Нами зарегистрированы изменения слуховой системы у детей и подростков с аденоидными вегетациями в 41% случаев при аудиометрии и в 58% при тимпанометрии.

Нами было доказано, что применение разработанного устройства и способа для проведения дозированной вакуум - терапии у пациентов с функциональными расстройствами слуховой трубы и экссудативными средними отитами способно привести к пассивному открытию слуховой трубы и восстановлению нормальной вентиляции и дренирования полостей среднего уха. Вакуум терапия является неинвазивным, безболезненным и абсолютно безопасным методом лечения. Эффективность лечения достаточно высока - выздоровление зарегистрировано у 72,5% , а стойкое улучшение у 25% .

Впервые предложенный нами в отоларингологии оригинальный материал для мирингопластики - «Аллоплант» зарекомендовал себя надежным пластическим средством для реконструкции барабанной

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

перепонки. Его отличают такие важнейшие качества как высокая пластичность, апиrogenность, полная готовность к использованию, устойчивость к действию протеолитических ферментов.

Вывод. Разработан и предложен рациональный вариант комплекса обследования больных с патологией среднего уха, обусловленной дисфункцией слуховой трубы.

Показана необходимость проведения аденоотомии при гипертрофии глоточной миндалины различной степени при наличии патологии среднего уха.

Разработаны оригинальное устройство и способ неинвазивного воздействия на среднее ухо при лечении экссудативных средних отитов, которые способствуют повышению клинической эффективности терапии. -Предложена схема терапии больных экссудативными средними отитами, включающая консервативное, хирургическое лечение / тимпаностомия/ и вакуум терапию. Шунтирование барабанной полости рекомендуется проводить при отсутствии эффекта от консервативного лечения и вакуум — терапии.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Усманова Ф.Т., Курбанова Д.И., Юсупалиева Г.М.

Кафедра клинической фармакологии АГМИ

Андижанский медицинский техникум имени Абу Али Ибн Сино

Желчекаменная болезнь (ЖКМ) относится к наиболее часто встречающихся заболеваний, причём у женщин данное заболевание встречается чаще в 2-3 раза, чем у мужчин.

Цель исследования: выявить особенности коррекции в лечении желчекаменной болезни.

Материал и методы исследования: проведён ретроспективный анализ консервативного лечения 100 больных с ЖКМ, получавших дополнительно препарат дюспаталин, проходивших лечение в отделении терапии Андижанской городской больницы.

Результаты исследования показали, что независимо от формы заолевания повышение литогенности желчи коррелировало с нарушением её оттока, выявляемом при фракционном зондировании. У 80% больных литогенность желчи основана на гипомоторных функциональных расстройствах ЖП, на фоне гипертонической дисфункции сфинктера Одди. Эффект после приёма «Дюспаталина» возникал быстро через 20-30 минут и продолжался до 12 часов, что делает возможным его двукратный приём и длительное применение, при этом для пожилых лиц не требуется коррекции доз. Купирование болевого абдоминального и диспепсического синдрома (тошноты) было достигнуто при применении препарата в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение первых дней лечения. К концу первой недели происходило снижение выраженности метеоризма. У пациентов с патологией желчевыводящих путей (ЖВП) часто обнаруживают сопутствующую дискинезию желудка и 12-перстной кишки, явления дуодено-гастрального рефлюкса. Высокая селективность и тропность «Дюспаталина» позволяют его использовать для коррекции данных рефлюксов. При повторном УЗИ на 10 день лечения у 68% больных наблюдалось уменьшение или нормализация размеров ЖП с достоверным восстановлением его сократительной способности. Анализ моторной активности билиарного тракта обнаружил увеличение частоты нормосекреции желчи, а также моторно-тонической функции ЖП. На фоне применения «Дюспаталина» у всех больных отмечено повышение фосфолипидов. Это также свидетельствует о положительном влиянии нормализации моторно-тонической функции билиарного тракта и положительную динамику основных биохимических показателей желчи.

Вывод: Дюспаталин может эффективно использоваться в комплексном лечении, направленном на нормализацию моторно-тонических нарушений билиарного аппарата и снижение литогенных свойств желчи больных ЖКБ и ЖВП, при которых требуется коррекция билиарной дисфункции.

СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА – ОДНО ИЗ УСЛОВИЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Утанов.З.М., Бутабоев.М.Т., Исаков К.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Одним из основных условий здорового образа жизни является соблюдение правильного двигательного режима как составную часть профилактического направления в медицине.

Для повышения адаптационных и функциональных возможностей организма юношей и снижения у них заболеваемости была разработана, научно обоснована и внедрена программа физической реабилитации, которая включает в себя:

1.Применение мотивационного фактора в структуре всего занятия и курса физической реабилитации.

2. Развитие и совершенствование всех физических качеств, применяя как можно более разносторонние физические упражнения, постепенно включая ранее противопоказанные, с вовлечением всех мышечных групп и суставов.

3. Включение в вводную часть занятия дыхательных упражнений и упражнений на дистальные отделы для подготовки дыхательного аппарата и периферического звена аппарата кровообращения.

4. Выбор характера и интенсивности физических упражнений в зависимости от вегетативной реактивности организма.

5. Назначение темпа выполнения физических упражнений, соответствующего собственной частоте сердечно – сосудистой системы.

6. Назначение объема физической нагрузки с учетом фаз ОМЦ.

7. Обучение юношей дыханию во время выполнения физических упражнений, направленному на управление вдохом и выдохом и выполнения ациклических упражнений во время управляемого выдоха.

8. Включение в основную часть занятия специальных комплексов физических упражнений, направленных на исключение остаточных явлений перенесенных заболеваний или компенсацию имеющихся нарушений в состоянии здоровья.

9. Выполнение в заключительной части упражнений на расслабление и дыхательных упражнений.

Помимо этого, утром следует делать гигиеническую гимнастику, часть пути в школу и домой пройти пешком, в перерыве проделать комплекс производственной гимнастики, который состоит из трех частей (вводной, основной и заключительной) и микрофизкультпауз.

Вводная гимнастика выполняется непосредственно перед началом занятий и направлена на то, чтобы улучшить мозговое кровообращение и подготовить организм к основной стадии. Основная физкультурная пауза выполняется в начале обеденного перерыва и направлена на улучшение кровообращения, легочной вентиляции, а также активизацию неработающих мышц: заключительная – в конце учебного дня и направлена на расслабление мышц спины, шеи, верхних конечностей и улучшение кровообращения из нижних конечностей, органах малого таза, увеличение вентиляции легких.

Кроме того, каждые два часа работы надо прерывать на 2 – минутные физические упражнения, направленные на активизацию кровообращения во всем организме.

Соблюдение правильного двигательного режима позволяет повысить физическую и умственную работоспособность юношей и поддерживать их на протяжении всех лет обучения в школе.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Магистр: Файзиев Н.Н

*Научный руководитель, старший преподаватель Латипова Ш.А.
Ташкентская Медицинская Академия, Кафедра Детские болезни №2*

Актуальность: Одной из важнейших проблем педиатрии и детской неврологии является перинатальное повреждение нервной системы ребенка. В последние годы наблюдается стремительный рост числа детей с субклиническими формами отдаленных последствий перинатальной патологии ПНВ. Сочетание неблагоприятных факторов в этот период приводит к геморрагическим и ишемическим повреждениям, которые приводят к нарушениям гемодинамики, обмена веществ, которые являются основным патогенетическим звеном данной патологии. Последствия гипоксии (острой хронической или их комбинации) в конечном итоге формируют целый набор симптомов заболеваний центральной и периферической нервной системы.

Цель: Клинико-иммунологические изменения у детей на фоне перинатального повреждения центральной нервной системы при обструктивном бронхите. Материалы и методы обследования. Для обследования были отобраны 15 пациентов в возрасте до 3 лет и дети из 5 контрольных групп, лечившихся в отделении детской пульмонологии и детской аллергологии Многопрофильной клиники ТТА.

Методы исследования: анамнез жизни и болезней, иммунологическое тестирование, рентгенография, нейросонография, предыдущие и текущие лабораторно-инструментальные исследования: анализ цельной крови, общей мочи и кала, а также результаты их биохимического анализа.

Результаты: Обследование и анамнестический анализ показали, что $p \geq 0,0015$ у 10 детей на фоне поражения нервной системы, результаты иммунологического исследования у детей с 10 обструктивным бронхитом IgE titri high $p > 0,005$. У детей оставшихся 5 контрольных групп выявлен низкий уровень общих аллергенов $p < 0,001$. 5 IgE в контрольной группе показали нормальные результаты. Рентген дыхательных путей выявил признаки бронхита. Симптомы гипертонического синдрома были очевидны при ЭЭГ головного мозга. Высокий титр IgE указывает на то, что они содержат аллергены, склонные к аллергическим заболеваниям. Лабораторные исследования показали снижение гемоглобина и увеличение эозинофилов.

Заключение. Выявлен ряд изменений нервной системы у детей до 3 лет с обструктивным бронхитом. У них были признаки гипертонического синдрома, гипоксии, ишемии и высокие титры Ig E. Эти исследования показывают, что перинатальное повреждение центральной нервной системы ускоряет

аллергическую предрасположенность к обструктивному бронхиту. В современной педиатрии уход за детьми в перинатальном периоде и в диспансере с больными детьми требует большой ответственности и внимания со стороны неонатолога, детского пульмонолога, детского невропатолога и детского аллерголога. В свою очередь, предотвращается ранняя инвалидность детей с данной патологией, что приводит к их скорейшему возвращению к здоровой жизни.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ (КПЛ)

*Хабибова Н.Н., Собиров Ш.С., Самадова Ш.И.
Бухарском государственном медицинском институте*

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) является одним из часто встречающихся хронических рецидивирующих заболеваний кожи и слизистой полости рта. В 1859 г. Гебра впервые описал красный остроконечный лишай — *lichen ruber acuminatus*. Английский дерматолог Е. Вильсон в 1869 г. впервые дал клиническое описание этого заболевания, отличающегося от красного остроконечного лишая более плоскими папулезными элементами. Первое сообщение о КПЛ в отечественной литературе сделали В. М. Бехтерев и А. Г. Полотебнов в 1881 г. В общей структуре дерматологической заболеваемости КПЛ составляет 1,2% и достигает до 35% среди болезней слизистой оболочки полости рта, у детей заболевание диагностируется в 1–10% случаев. В последние годы значительно возросла обращаемость больных с КПЛ, стали регистрироваться редко встречающиеся и трудно диагностируемые его формы. Заболевания слизистой оболочки полости рта представляют собой довольно распространенную и наименее изученную патологию слизистой оболочки полости рта среди других стоматологических заболеваний [1,2].

Причины возникновения плоского лишая окончательно не выяснены. Существуют нервная, вирусная и токсико-аллергическая теория возникновения этого заболевания. В развитии изолированного плоского лишая слизистой оболочки полости рта большое значение имеет токсико-аллергический компонент.

Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта развиваются в том числе и под влиянием продуктов жизнедеятельности микроорганизмов, содержащихся в полости рта [4,5]. Их количественный и качественный состав влияет на характер и тяжесть патологического процесса, что может привести к деструктивным изменениям в случае отсутствия эффективного лечения. Поэтому одним из актуальных направлений является поиск эффективных способов лечения воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность комплексного лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая.

Исследование проводилось на кафедре терапевтической стоматологии и в клинике стоматологии БухМи. Была обследована группа, состоящая из 32 человек (24 женщин (75%) и 8 мужчин (25%)) в возрасте от 35 до 75 лет, которым был поставлен диагноз – эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая.

У всех пациентов объективно наблюдалась следующая клиническая картина: на гиперемизированной, отечной слизистой полости рта имелись различные по размерам эрозии (иногда язвы) неправильной формы, покрытые тонким фибриновым налетом, болезненные при пальпации. Также диагностировались, расположенные в виде рисунка, папулы, что является характерным признаком красного плоского лишая. У 5 больных (17,9%) элементы поражения на СОПР сочетались с проявлениями на коже в виде папул различной формы и локализации.

Результаты исследования и их обсуждение. Описанный выше курс лечения длился в среднем 14 дней и повторялся через 6 месяцев по показаниям. Уже к середине терапии у 22 пациентов (68,7%) наблюдались процессы эпителизации эрозий и уменьшение гиперемии и отека слизистой, а уже к концу лечения – у 31 пациента (96,1%) эрозивно-язвенную форму КПЛ удалось перевести в более благоприятную – типичную. В более тяжелых случаях (в нашем случае 1 пациент – 3,1%) пациентов отправляли в кожно-венерологическое отделение для стационарного лечения.

Результаты клинического наблюдения позволили определить высокую эффективность комплексного лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая. Отмечалось выраженное противоотечное, противовоспалительное, антимикробное, стимулирующее регенерацию действие. Комплексное лечение, включающее в себя трансэлектростимуляцию, гирудотерапию, криотерапию, применение иммуномодулятора Галавит, полоскание Малавитом, кератопластики, обязательное устранение местных травмирующих факторов, проведение профессиональной гигиены и санации полости рта при воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости рта позволяет сократить сроки лечения, добиться длительных ремиссий, предупредить осложнения, вызванные присоединением патогенной микрофлоры.

Подобранный нашим пациентам комплекс лечения практически не имеет противопоказаний.

Были также оценены отдаленные результаты. Рецидивы появлялись в пределах 6 – 9 месяцев. После повторно проведенного курса лечения мы добивались стойкой длительной ремиссии данного заболевания.

Из анамнеза было выяснено, что до обращения в клинику стоматологии БухГМУ, пациенты лечились традиционным методом, причем периоды ремиссии наступали в более отдалённые сроки, и были менее продолжительными.

Выводы. Описанное выше комплексное лечение эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая является эффективным и патогенетически обоснованным. Оно позволяет в более короткие сроки перевести столь тяжелую форму красного плоского лишая в более лёгкую – типичную, добиваясь наступления более ранней и продолжительной ремиссии.

ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

*Хабибуллаев Ш., студент 343-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Ибрагимов М.Б., Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В педиатрической практике до сих пор не установлены единые клинико-метаболические маркеры поражения ССС и не изучены особенности структурно-геометрической перестройки миокарда у пациентов с избыточным отложением жира. В то время как прогрессирование процессов кардиоре모델ирования без адекватной медикаментозной коррекции в последующем приводит к необратимым патоморфологическим изменениям сердца и сосудов и, как следствие, к «омоложению» всех заболеваний системы кровообращения.

Цель исследования. Установить клинико-метаболические факторы риска поражения сердечно - сосудистой системы у детей с избыточным отложением жира.

Материалы и методы исследования. Основную группу исследования составили 119 детей и подростков (55 девочек и 64 мальчика) в возрасте 8-16 лет (средний возраст $12,8 \pm 1,4$ лет), из них 37 человек с избыточной массой тела (ИМТ, кг/м² в пределах 75 - 97-го перцентиля) и 82 - с ожирением (ИМТ, кг/м² > 97-го перцентиля). Удельный вес детей препубертатного возраста (8-9 лет) составил 16,8% (n=20), подростков (10-16 лет) - 83,2% (n=99). Критериями включения пациентов в исследование являлось отсутствие острых инфекционных или обострения хронических заболеваний, предшествующей метаболической и гипотензивной терапии в течение не менее 6 месяцев. Пациенты с вторичным ожирением и симптоматической АГ из исследования были исключены.

Результаты исследования. У детей и подростков с избыточным отложением жира были выявлены следующие особенности АГ: АГ II степени диагностировалась в 6,8 раз чаще (87,2%), чем I (12,8%), и при верхнем типе жиротложения - чаще, чем при равномерном: в 92,6% (n=63) и 73,1% (n=19) случаев соответственно (p=0,013). Стабильная АГ регистрировалась в 1,5 раза чаще (60,6%), чем лабильная (39,4%), и также при висцеральном ожирении - чаще, чем при равномерном: в 70,6% (n=48) против 34,6% (n=9) случаев соответственно (p=0,002). По структуре доминирующие позиции занимала систоло-диастолическая АГ (60,6%; n=57) (средние показатели ИВ САД составили $56,9 \pm 9,2\%$, а ИВ ДАД - $31,6 \pm 7,5\%$), которая при висцеральном ожирении диагностировалась в 2 раза чаще, чем при равномерном: в 70,6% (n=48) против 34,6% (n=9) случаев соответственно (p=0,002). В свою очередь, изолированная систолическая АГ была выявлена у 39,4% (n=37) гипертоников основной группы (средний показатель ИВ САД - $59,7 \pm 5,6\%$), из них 65,4% (n=17) имели равномерное ожирение. Изолированной диастолической АГ зарегистрировано не было.

В основной группе параметры СМАД, отражающие «качество» течения АГ, были линейно сопряжены с метаболическими показателями. Так, прямые достоверные корреляционные связи были получены между средним уровнем САД днем и содержанием ТГ ($r=0,56$; $p=0,02$), ХС ЛПНП ($r=0,43$; $p=0,011$) и МК ($r=0,53$; $p=0,02$); а также между ИВ САД днем и уровнем МК ($r=0,52$; $p=0,047$). Обратная корреляция определялась между средним уровнем ДАД днем и постпрандиальной гликемией ($r=-0,55$; $p=0,003$). При висцеральном жиротложении среднесуточные уровни САД и ДАД прямо коррелировали с тощаковой гликемией ($r=0,22$; $p=0,047$ и $r=0,26$; $p=0,019$ соответственно), уровень САД днем - с ТГ ($r=0,66$; $p=0,012$), а уровни САД в дневные и ночные часы находились в обратной взаимосвязи с ХС ЛПВП ($r=-0,63$; $p=0,014$ и $r=-0,66$; $p=0,019$ соответственно).

Кроме того, ИВ ДАД находился в прямой взаимосвязи с уровнями ИРИ ($r=0,47$; $p=0,001$) и С-пептида ($r=0,38$; $p=0,002$), а ИВ САД в дневные и ночные часы - с содержанием МК в сыворотке крови: $r=0,56$; $p=0,04$ и $r=0,54$; $p=0,004$ соответственно. При равномерном жиротложении достоверных корреляционных взаимосвязей между метаболическими показателями и параметрами СМАД не определялось. Из полученных результатов следует, что у детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением (преимущественно с висцеро-абдоминальным жиротложением) нарушения углеводного, жирового и пуринового обменов, лежащие в основе развития синдрома ИР, были сопряжены с формированием, стабилизацией и прогрессированием АГ.

В основной группе были получены достоверные прямые корреляции среднесуточных уровней САД и ДАД с уровнем лептина ($r=0,27$; $p=0,027$ и $r=0,25$; $p=0,028$ соответственно), которые прослеживались только при висцеральном ожирении: $r=0,4$; $p=0,02$ - с уровнем САД и $r=0,35$; $p=0,009$ - с уровнем ДАД. Кроме того, у гипертоников 1-й подгруппы уровень гиперлептинемии был достоверно выше ($42,3 \pm 11,4$

нг/мл), чем при нормальном АД ($28,1 \pm 7,0$ нг/мл, $p < 0,05$), в то время как во 2-й подгруппе между данными категориями пациентов статистически значимых различий в концентрации лептина не отмечалось: $32,7 \pm 2,8$ и $26,8 \pm 2,5$ нг/мл соответственно ($p > 0,05$).

У мальчиков-гипертоников средний уровень лептина в сыворотке крови был в 1,4 раза выше ($54,2 \pm 6,2$ нг/мл), чем у девочек ($38,6 \pm 8,1$ нг/мл, $p < 0,001$), и у всех мальчиков с повышенным АД была документирована лептинорезистентность, в то время как у девочек - только в 41,9% ($n=18$) случаев.

В основной группе уровень лептина был прямо взаимосвязан с ИРИ ($r=0,5$; $p=0,04$) и содержанием МК в сыворотке крови ($r=0,34$; $p=0,008$), и средний уровень гиперлептинемии у пациентов с ГИ и гиперурикемией был достоверно выше ($67,2 \pm 11,2$ и $41,9 \pm 11,4$ нг/мл соответственно), чем при нормальном метаболизме ИРИ ($22,8 \pm 9,4$ нг/мл, $p=0,002$) и МК ($32,1 \pm 6,1$ нг/мл, $p=0,031$).

Несмотря на то, что лептин является гормоном жировой ткани, достоверных корреляционных взаимосвязей между уровнем лептина и показателями жирового обмена получено не было. Однако у пациентов с дислипидемией средний уровень гиперлептинемии был достоверно выше ($47,4 \pm 9,5$ нг/мл), чем с нормолипидемией ($35,0 \pm 6,1$ нг/мл, $p=0,039$), и лептинорезистентность была документирована в 1,9 раза чаще, чем у таковых с нормальными показателями липидного спектра крови: в 34,8% и 18,8% случаев соответственно ($p=0,06$). Возможно, сопряженность гиперлептинемии с дислипидемией увеличивается с возрастом и зависит от стажа ожирения.

Вывод. Доказана целесообразность включения в план диспансерного наблюдения детей и подростков с избыточным отложением жира, осложненного АГ, гиперурикемией и гиперлептинемией, проведение эхокардиографии с целью выявления начальных морфометрических изменений миокарда и ГЛЖ и последующим решением вопроса о проведении своевременной медикаментозной органопротективной терапии.

ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ ТЕСТИРОВАНИЯ

*Хайдаров Абдулхамид студент педиатрического факультета 101гр
Руководитель: Пулатова У.С АГМИ, Кафедра иностранных языков*

Всем известно, что тест является эффективным методом оценивание учащихся. Несмотря на это существуют достоинства и недостатки тестирования. Тест должен содержать: общую инструкцию, в которой указывается время выполнения всего теста или субтеста, а также в тестах на говорение -- время на подготовку ответа; количество заданий в тесте или субтесте и их назначение, специфика выполнения заданий (работа с магнитофоном, с компьютерной программой), право использовать вспомогательные материалы (словарь); инструкцию для экзаменатора по проведению теста, по оцениванию результатов, другие методические рекомендации; инструкцию к конкретному заданию или группе заданий, объединенных одной основой (текстом, рисунком и т. д.) или одной задачей; собственно тестовые задания. Итак, мы рассмотрели некоторые основные понятия теории тестов, знание которых необходимо преподавателям для того, чтобы самостоятельно разрабатывать качественные тесты и адекватно использовать их для проверки знаний, навыков и умений по иностранному языку. Рассматривая различные виды и формы контроля, можно увидеть, что они имеют как неоспоримые достоинства, так и недостатки. Не является исключением и тестирование. Многочисленные положительные качества во многом говорят о целесообразности использования тестовой формы контроля в курсе изучения иностранного языка. К достоинствам тестирования следует отнести следующие моменты: - большая объективность и, как следствие, большее позитивное стимулирующее воздействие на познавательную деятельность учащегося; - исключение воздействия негативного влияния на результаты тестирования таких факторов как настроение, уровень квалификации и др. характеристики конкретного преподавателя; - ориентированность на современные технические средства, на использование в образовательной среде компьютерных (автоматизированных) обучающих систем; - универсальность, охват всех стадий процесса обучения [11; 47]. Тестируемый опрос многофункционален. Он позволяет быстрее понять, как дальше работать с данным учеником. Следует заметить, что использование с 5 класса тестирования учащихся поможет объективно провести аттестацию учащихся, которая проводится с целью установления соответствия содержания, уровня и качества подготовки учащихся требованиям государственных образовательных программ. Авторы тестов не отрицают, что данная форма контроля имеет целый ряд недостатков. Одним из недостатков тестового метода контроля знаний учащихся является то, что создание тестов, их унификация и анализ - это большая кропотливая работа. Чтобы довести тест до полной готовности к применению необходимо несколько лет собирать статистические данные. Возможно возникновение и других трудностей. Довольно часто встречается значительный субъективизм в формировании содержания самих тестов, в отборе и формулировке тестовых вопросов, многое также зависит от конкретной тестовой системы, от того, сколько времени отводится на контроль знаний, от структуры включенных в тестовое задание вопросов. К недостаткам тестового контроля относится трудность формулирования вариантов ответов на вопросы при их составлении. Если ответы подобраны учителем без достаточного логического обоснования, большинство учащихся очень легко выбирают требуемый ответ, исходя не из имеющихся у них знаний, а только лишь из простейших логических умозаключений и жизненного опыта. Поэтому учителю бывает трудно или даже

невозможно составить удачный тест без теоретической подготовки. Рассмотрев работы учителей и методистов по созданию тестов по иностранному языку, можно сделать вывод, что методика составления подобных заданий примерно одинакова у разных авторов (на каждый вопрос приведено от двух до пяти ответов, среди которых один (реже два) являются правильными, а остальные - неполные, неточные или неверные, большая часть неверных ответов - типичные или вероятные ошибки учащихся). Следует отметить, что тестовые задания дают возможность проверить ограниченную область знаний и умений. По результатам выполнения тестов учитель не может проверить умения учащихся решать комбинированные задачи, способности построения логически связанного ответа в устной форме. Задания с выбором ответа целесообразно применять в тех случаях, когда эта форма контроля знаний имеет преимущества перед другими, например, они особенно удобны с применением различного типа контролирующих машин и компьютеров. Отмечается один из основных недостатков этого метода, тестовый контроль не проверяет умение учащихся строить ответ, грамотно и логично выражать свои мысли на языке науки, рассуждать и обосновывать свои суждения. В этой связи многие авторы предлагают после проведения тестового контроля проверять, насколько правильно учащиеся могут устно обосновать ответы, которые они дали в тестовых заданиях, причем на это должен отводиться еще один контрольный урок. Трудно согласиться с таким подходом к решению проблемы, т.к. при этом теряется основное преимущество такой формы контроля: возможность проверить большой объем знаний за небольшой промежуток времени. Нам кажется, что решение этой проблемы может быть только одно: сочетание тестовых заданий с другими формами контроля, которые смогут проверить области, недоступные тестам, не дублируя их результаты. Авторы тестовых разработок сходятся во мнении, что тесты не могут заменить других форм контроля, однако что они открывают много новых возможностей перед учителем, проводящим в классе контрольный урок, т.к. снимают трудности, характерные для устных и письменных ответов учащихся на поставленный вопрос. Систематическое проведение контрольных мероприятий с помощью составленных на высоком методическом уровне инструментов контроля позволяет школам формировать подготовленных учеников в различных областях знаний, готовых применять накопленный багаж знаний в любую минуту.

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Хайдарова Г. - магистр 2-курса

*Научный руководитель: Мамажанова С.О., Кафедра акушерства и гинекологии -2
Андижанский государственный медицинский институт*

Наличие у беременной женщины экстрагенитальной патологии является тем неблагоприятным фоном течения беременности, на котором сокращаются или ограничиваются возможности адаптационных механизмов

Цель работы. Изучить осложнения беременности и родов у женщин с пиелонефритом.

Материал и методы. Распространенность пиелонефрита изучалась в течение года среди 82 беременных женщин: у 47 был выявлен пиелонефрит, большая часть случаев имела место во втором триместре - 53 %; в первом триместре - 21 %; в третьем триместре - 26 %.

Результаты и их обсуждение. Острый пиелонефрит беременных развивается у 20-40 % женщин с нелеченной бессимптомной бактериурией, что позволяет рассматривать последнюю также в качестве фактора риска развития гестационного пиелонефрита. Экстрагенитальные заболевания также являются прероморбидным фоном развития пиелонефрита при беременности.

В стационаре в возрасте до 20 лет наблюдалось 19 женщины, в возрасте от 20 до 30 лет - 53 женщины, в возрасте от 30 до 40 лет - 10 женщин. Среднее количество койко-дней - 12. Медикаментозное лечение при пиелонефрите назначают обязательно. Основой лечения хронического пиелонефрита в период обострения является этиологически направленная, с учетом спектра возбудителей и их чувствительности к антимикробным препаратам, антибиотикотерапия и безусловное восстановление пассажа мочи. Основная группа лекарственных препаратов, которая наиболее эффективна для лечения пиелонефритов - это антибиотики. Все пациентки прошли антибиотикотерапию, препаратами выбора для женщин были: цефтриаксон, амоксициллин, метронидазол. Преждевременные роды (роды на сроке беременности менее 37 недель) были зафиксированы у 8 пациенток. У пациенток с пиелонефритом роды проводят через естественные родовые пути, кесарево сечение выполняют строго по акушерским показаниям, из 82 пациенток 65 родили естественным путем. Акушерские показания к кесарево сечения были у 17 пациенток, такие показания как: абсолютно узкий таз, угроза разрыва матки, тяжелые экстрагенитальные патологии и т.д., У трех пациенток хронический пиелонефрит стал относительным показанием к кесарево сечения, так как физиологические роды через естественные родовые пути могли быть сопряжены с угрозой жизни и здоровью матери и ребенка. Экстренное кесарево сечение необходимо было провести 6 женщинам.

В заключение хотелось бы отметить, что пиелонефрит при беременности - частое, но небезобидное осложнение, которое требует тщательного обследования и комплексного лечения. Сегодня сохранить беременность, осложненную пиелонефритом, удастся практически в 90 % случаев, тем не менее,

своевременная профилактика, диагностика и лечение позволяют значительно снизить частоту осложнений беременности и улучшить перинатальные исходы.

ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ И ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

*Хайдарова Г., Мамажанова С.О.
Кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Инфекции мочевыводящих путей по частоте среди экстрагенитальных заболеваний стоят на втором месте. Частота инфекций мочевыводящей системы у беременных составляет от 4 до 8 %. У разных авторов частота бессимптомной бактериурии колеблется от 10 до 18-22 % и в отсутствие лечения данное состояние может усугубить нормальное течение беременности.

Цель. Изучение эффективности и безопасности препарата Канефрон в комплексной профилактике и лечении бессимптомной бактериурии и гестационного пиелонефрита у беременных.

Материалы и методы. Мы наблюдали 76 женщин (I группа) на сроках беременности от 14 до 38 недель и 13 женщин (II группа) в послеродовом периоде с инфекционными мочевыводящих путей. Группу сравнения составили 26 беременных (III группа) с гестационным пиелонефритом не получавших препарат Канефрон. Возраст беременных во всех группах от 19 до 37 лет, первобеременных в первой и второй группе 64 %, в третьей 67%. Частота осложнений беременности на момент начала лечения во всех группах достоверно не отличалась. Пациенткам I группы Канефрон назначали по 2 таблетки 3 раза в день от 14 дней до 4 недель. Во всех случаях беременные начали принимать фитопрепарат одновременно с антибиотиком и продолжали после его отмены. Во второй группе родильницам Канефрон назначали 1-й таблетке 3 раза в сутки от 14 дней до 4 недель. Всем женщинам проводилось исследование функции мочевыделительной системы: общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого, бак посев мочи, УЗИ почек биохимические анализы крови.

Результаты и обсуждение. Эффективность лечения оценивалась по клиническим признакам, результатам лабораторных исследований. У пациенток первой и второй группы по сравнению с контрольной на 2-3 дня раньше наступало улучшение самочувствия, исчезновение болевого синдрома, дизурических явлений, никтурии. В среднем на один день раньше нормализовалась температура тела, нормализация анализа мочи после 7 первых дней лечения наступала в первой и второй группе в 88% случаев по сравнению с 75% в третьей. У 77 % исследуемых после окончания всего курса не определилась массивная бактериурия, у 6 пациенток бактериурия оставалась массивной (КОЕ >10⁵ мл), что потребовало назначения нового курса лечения. Наиболее значимым эффектом включения препарата Канефрон в лечение инфекций мочевыводящих путей у беременных мы считаем снижение числа рецидивов. Анализ полученных данных показал что у пациенток препарат оказался эффективным уроантисептиком и способствовал ликвидации бактериурии.

Вывод. Наши исследования показали, что применения препарата Канефрон является эффективным и безопасным методом профилактики и лечения бессимптомной бактериурии и гестационного пиелонефрита.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕСА АЦИКЛОВИРОМ

*Хайдарова Г. магистр 2 курса
Научный руководитель: Доцент Негматшаева Х.Н., 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанского государственного медицинского института*

На сегодня проблема невынашивания остается одной из актуальных. Среди причин одно из ведущих мест занимает герпесвирусная инфекция клинические проявления которых разнообразны.

Цель работы - оценка эффективности препарата "ацикловир" в лечении рецидивирующего герпеса.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 женщин в анамнезе которых были выкидыши среди причин была выявлена герпесвирусная инфекция. У данной группы больных было проведено общеклиническое бактериологическое бактериоскопическое обследование и исследование на ТОРСН инфекцию. Возраст больных колебался от 20 до 35 лет. Длительность заболевания составила от 2-3 месяцев до 5 и более лет. Локализация герпетических высыпаний была следующей: у 28 больных (96%) в области гениталий и у 2 больных (4) диагностирован лабиальный герпес.

Для лечения герпесвирусной инфекции нами был использован препарат ацикловир в сочетании с иммунной терапией в зависимости от чувствительности препаратами циклоферон имуномодулин и полиоксидоний.

Результаты исследования. Ацикловир назначали в начальном периоде активации герпетической

инфекции - в период предвестников или в первый день рецидива по 800 мг 4раз в сутки, на курс лечения 6,4 г. Отмечено, что ацикловир быстро купирует все субъективные и общие явления, регресс высыпаний на фоне лечения происходит в гораздо более короткие сроки. У больных длительность рецидива сократилась с $19,3 \pm 1,48$ до $5,1 \pm 0,1$ дней. После проведенного лечения больные сдали анализы на авидность где получен положительный результат

Вывод. Таким образом, при терапии препаратом ацикловир у больных с рецидивирующим герпесом отмечается увеличение продолжительности ремиссии. Лечение ацикловиром переносится больными без побочных реакций.

ДИСЛОКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Хакимов М.Н. – Ассистент кафедры детской травматологии, ортопедии и нейрохирургии
Андижанского государственного медицинского института*

*Научный руководитель: Кариев Г.М. – д.м.н., профессор, директор Республиканского
специализированного научно-практического медицинского центра нейрохирургии МЗ РУз, д.м.н.,
профессор. Заведующий кафедрой травматологии, ортопедии, детской травматологии с ортопедией,
нейрохирургии с детской нейрохирургии Ташкентского педиатрического медицинского института.*

Актуальность: По данным исследований международного агентства GLOBOCAN - летальность от опухолей головного мозга составляет 241 тысяч случаев ежегодно. Наиболее частыми причинами летальности является дислокация и вклинение головного мозга.

Материал и методы. Анализ базы данных PubMed, Scopus, Web of Science и Google Scholar выявили более 300 000 публикаций по проблеме. Для исследования отобраны наиболее релевантные источники.

Результаты и обсуждение. Заболеваемость первичными опухолями головного мозга по данным CBTRUS, 2019, составляет 23 случая на 100 000 населения в год. На опухоли супратенториальной локализации приходится 82,4%. По данным З.С. Махмудовой с соавт. у больных с супратенториальными опухолями головного мозга в 18,6% случаев составляют астроцитомы различной степени злокачественности, 15,4% - глиобластомы, 29,8% - олигодендроглиомы, 23,9% - менингиомы, 12,3% - опухоли других гистологических групп. Вызвать дислокацию могут все опухоли независимо от гистогрупп, но чаще всего вызывают глиальные опухоли.

Различают следующие виды супратенториального дислокационного синдрома:

1. Аксиальное (центрально транстенториальное) смещение мозга.
2. Боковое смещение мозга под большой серповидный отросток.
3. Смещение височной доли в отверстие мозжечкового намета (височно-тенториальное смещение).

Также некоторые авторы отдельно выделяют смещение мозга в трепанационный дефект после хирургических вмешательств.

Основным методом лечения дислокационного синдрома является хирургическое удаление опухоли. При подготовке к хирургическому лечению проводят медикаментозную противоотечную, дегитратационную терапию дексаметазоном, маннитолом и фуросемидом. В последние годы рекомендовано для борьбы с перитуморозным отеком проводить антиоксидантную терапию эмоксипином.

Однако в ряде случаев при неэффективности медикаментозной терапии, прогрессировании нарастающего ухудшения состояния больного, а также при поступлении больного уже в тяжелом, декомпенсированном состоянии, требуется выполнять паллиативные, декомпрессивные хирургические вмешательства.

Заключение. Основным методом ликвидации дислокационного синдрома является хирургический. Однако проблема выбора той или иной тактики хирургического лечения у тяжелых больных на сегодняшний день остается до конца нерешенным.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТА И ОСТЕОПАТИИ

*Выполнил: Хакимова А, студент 2 курса
стоматологического факультета*

*Научный руководитель: Жураева Н.И., Кафедра госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В структуре всех стоматологических заболеваний патология пародонта воспалительного характера занимает одно из ведущих мест во всем мире и в настоящее время не имеет тенденции к снижению.

Проведенные эпидемиологические исследования по изучению стоматологической заболеваемости детского населения и состоянию пародонтологического статуса подростков показали, что на современном этапе развития общества имеется явная тенденция к омоложению возраста больных с патологией пародонта и увеличению количества осложнений, связанных с этой патологией.

Опасность такой ситуации заключается еще и в том, что именно в подростковый период завершается формирование тканей пародонтального комплекса и происходит активная минерализация костной ткани альвеолярных отростков челюстей и всей костной системы организма. В связи с этим, возникающие нарушения метаболизма костной ткани, особенно в детском и раннем юношеском возрасте, могут приводить к уменьшению ее плотности, снижению ее прочности и развитию системных остеопатий как всего организма, так и патологии зубочелюстной системы в целом.

Цель исследования. Повысить эффективность клинико-диагностического прогнозирования развития заболеваний пародонта у больных с остеопатиями различных возрастных и тендерных групп.

Материалы и методы исследования. Для проведения научно-исследовательской работы нами было отобрано 68 пациентов с заболеваниями пародонта, которые были разделены на группы в зависимости от пола, возраста и наличия системных остеопатий.

Результаты исследования. При этом выделяли три возрастные группы: 1 группа - юношеского возраста (16 - 19 лет), 2 группа - зрелого возраста (36 - 60 лет) и 3 группа - пожилого возраста (61 - 74 года). В каждой группе формировали две подгруппы в зависимости от пола. Подгруппа А - объединяла женщин, подгруппа Б - включала в себя мужчин.

Среди пациентов 16-19 лет по частоте встречаемости преобладают хронические катаральные гингивиты (87%), пародонтит наблюдается в 11%. У пациентов зрелого возраста (36 - 60 лет) в 89% встречается пародонтит средней и тяжелой степени, гингивиты составляет 8%, в 3% наблюдается пародонтоз. У пациентов в возрасте 61-74 года по частоте преобладает пародонтит (65,3%), пародонтоз увеличивается до 26,4%.

У пациентов в возрасте 16-19 лет хронический катаральный гингивит чаще встречается у юношей 87,5%, против 63,3% у девушек, а пародонтит - у девушек в 20%, против 3,1%. Среди больных в возрасте 36 - 60 лет и 61 - 74 года различия в структуре заболеваний пародонта в зависимости от пола отсутствуют.

У девушек в возрасте 16-19 лет при наличии остеопатии пародонтит встречается чаще в 35,7% случаев, против 6,3% у юношей. Структура заболеваний пародонта у юношей не зависит от наличия остеопатий. В зрелом возрасте при наличии остеопатий пародонтит тяжелой степени встречается чаще у женщин в 60% случаев, против 27,3% у мужчин. У мужчин наличие остеопатий ассоциировано с развитием быстропрогрессирующего пародонтита в 31,6% случаев против 8,7%. У больных пожилого возраста особенности структуры заболеваний пародонта не зависят от наличия остеопатий.

Динамика показателей пародонтальных индексов характеризует более тяжелое течение пародонтита в юношеском и зрелом возрастах среди пациентов мужского пола, в пожилом возрасте половые различия показателей индексов отсутствуют. У больных в возрасте 16 - 19 лет при наличии остеопатий статистически значимо повышаются индекс РМА, индекс СРITN и индекс подвижности зубов. У пациентов в возрасте 36 - 60 лет при наличии остеопатий наблюдается значительное увеличение показателей пародонтальных индексов.

Показатели пародонтальных индексов находятся в достоверной корреляционной связи с остеомаркерами костеобразования и остео-резорбции: в возрасте 16-19 лет установлена тесная связь с остеокальцином крови, в возрасте 36 - 60 лет - с остеокальцином и рCross-Laps крови, в возрасте 61-74 года - с костной щелочной фосфатазой и рСго5я-Бар\$ крови, что обосновывает их использование для выделения группы риска по развитию патологии пародонта.

Пациентам с остеопатиями необходимо определять уровень остео-маркеров в крови: в возрасте 16-19 лет к фактором риска развития патологии тканей пародонта считать снижение уровня остеокальцина менее 18 нг/мл, в возрасте 36 - 60 лет — повышение остеокальцина выше 53 нг/мл, Р-СгояяБаря - выше 0,711 нг/мл, в возрасте 61-74 лет - повышение костной щелочной фосфатазы выше 41 Ед/мл, Р-СгоззБарз выше 0,775 нг/мл.

Вывод. Разработанные интегрированные математические модели для различного возраста пациентов, позволяющие с высокой степенью достоверности рассчитать индивидуальный риск развития патологии пародонта с учетом содержания остеомаркеров в крови.

КОМПЛЕКСНАЯ КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Выполнила: Хакимова Н.Ш, студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М., Азимова Г.А.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В соответствии с методами доказательной медицины приведен обзор современных данных по терапии расстройств тревожного спектра. Кратко изложена эпидемиология и рассмотрены различные варианты медикаментозной терапии тревожных расстройств, включая применение антидепрессантов, транквилизаторов, атипичных антипсихотиков, антиконвульсантов и бета-блокаторов.

Проанализированы результаты сравнительных рандомизированных контролируемых исследований эффективности этих групп препаратов при паническом расстройстве, генерализованном тревожном расстройстве, социальном тревожном расстройстве и посттравматическом стрессовом расстройстве. На основе анализа данных литературы предложены клинические рекомендации по терапии всех тревожных расстройств.

Цель исследования. Разработка критериев использования методов психотерапии для коррекции функционального состояния пациентов с тревожными расстройствами в зависимости от их когнитивного личностного стиля.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось 65 пациентам, которые были распределены на 3 группы. I группа – 17 пациентов с паническим расстройством (ПР) (эпизодическая пароксизмальная тревога. II группа – 22 пациент с генерализованным тревожным расстройством (ГТР). III группа – 26 пациентов со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР).

Результаты исследования. Эффективность краткосрочной психодинамической психотерапии в наибольшей степени связана с полнезависимостью, в несколько меньшей - с шириной диапазона эквивалентности и практически не зависит от ригидности познавательного контроля.

При катamnестическом анализе результатов психотерапии было показано, что эффект психотерапевтического воздействия наименее устойчив у лиц с высокой степенью полнезависимости и когнитивной простоты вне зависимости от вида проводимой терапии.

Эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии в наибольшей мере связана с узостью диапазона эквивалентности и в меньшей - полнезависимостью. Так же имеется выраженная тенденция связи эффекта данного вида психотерапии с гибкостью познавательного контроля.

Установлено, что лица с тревожными расстройствами имеют сходную личностную структуру в виде выраженной враждебности; негативного (катастрофического) мышления, стремления жестко следовать общепринятым нормам, характеризуясь при этом различными когнитивными стилями.

Показано, что у лиц с тревожными расстройствами наблюдается снижение адаптационных возможностей организма, которое устраняется при проведении психотерапевтического воздействия, направленного на изменение состояния функциональных резервов организма.

Эффект гештальттерапии в наибольшей степени связан с полнезависимостью испытуемых, при этом он практически не связан с узким диапазоном эквивалентности и не зависит от ригидности или гибкости познавательного контроля.

Показано, что различные виды психотерапевтического воздействия равноэффективны при лечении больных тревожными расстройствами как по данным обследования сразу после лечения, так по данным катamnестического наблюдения, но эта эффективность ниже, чем в случае дифференцированного выбора метода психотерапии с учетом параметров когнитивного стиля пациента.

Эффект гипнотерапии в наибольшей степени связан с шириной диапазона эквивалентности, в меньшей степени эффект связан с полнезависимостью и практически не зависит от гибкости познавательного контроля.

Вывод. Показана значительная эффективность комплексной когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств при ПР и ГТР, как у впервые проходящих терапию так и у пациентов с психофармако-резистентностью.

Разработаны системные качественно-количественные критерии оценки улучшения состояния при ГТР. Оценена практическая значимость различных психометрических методик при оценке эффективности психотерапии тревожных расстройств невротического регистра.

ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДАУНА У ДЕТЕЙ

Выполнила: Хакимова Н.Ш., студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М., Азимова Г.А.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Развитие ребенка с синдромом Дауна до года, его темп роста и прибавка массы имеют огромное диагностическое значение и являются важнейшими показателями его соматического здоровья. Так, низкая прибавка массы тела может оказаться первым симптомом нарушений со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной или нервной системы.

Известно, что у детей с трисомией-21 чаще встречаются врожденные аномалии развития. Более того, клинические проявления некоторых заболеваний у детей с синдромом Дауна часто носят «стертый» характер, могут протекать под маской других состояний или принимаются клиницистами за признаки самого синдрома.

Цель исследования. Разработать графики для оценки массы, длины тела и окружности головы детей первого года жизни с синдромом Дауна, проживающих в Ферганской области.

Материалы и методы исследования. В исследуемую группу вошли 70 детей 2019-2021 года рождения с цитогенетически верифицированным синдромом Дауна, находящихся на воспитании в семье. Наблюдались 27 девочек и 43 мальчика. Задержка внутриутробного развития отмечалась у 18,7%, а морфофункциональная незрелость у 19% новорожденных.

В возрасте от 1 до 16 года проводилось динамическое измерение длины, массы тела и окружности головы по стандартным методикам.

Средний вес девочек при рождении составил $3,132 \pm 0,429$ (M $\pm$ d) кг (табл. 1), мальчиков – $3,236 \pm 0,547$ кг (табл. 2). Рост – $50,13 \pm 2,41$ см и $50,82 \pm 2,73$ см соответственно. Средний вес девочек с синдромом Дауна в 1 год составил $8,275 \pm 1,06$ кг, а мальчиков – $9,356 \pm 1,41$ кг. К 12 месяцам жизни средний рост девочек достиг $72,29 \pm 3,34$ см, а мальчиков – $73,3 \pm 3,89$ см.

Среднее значение окружности головы при рождении у детей с синдромом Дауна соответствовало среднему значению окружности головы обычных детей. У девочек это $33,53 \pm 1,47$ см, у мальчиков – $34,04 \pm 1,72$ см.

В ходе реализации проекта будет обследовано не менее 70 детей с диагнозом синдрома Дауна (МКБ-10: Q90) с регистрацией (и шифровкой) персональных данных, антропометрических показателей (рост, вес, индекс массы тела), наличия сопутствующих заболеваний (по МКБ-10).

Наряду с формированием группы наблюдения, будет сформирована контрольная группа на основании соответствия обследуемых по полу, возрасту и индексу массы тела, что позволит избежать влияния сторонних факторов (различия в антропометрических данных) на элементный статус. Также с использованием выборки (не менее 70) детей с расстройствами психического развития будет проведен сравнительный анализ паттернов, характерных для синдрома Дауна и задержки психического развития.

Анализ содержания химических элементов в волосах будет проводиться методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой на приборе NexION 300D (PerkinElmer Inc., Shelton, CT, USA).

Сравнение основных групп (синдром Дауна, здоровые дети) будет проведено после log-нормализации данных методом однофакторного дисперсионного анализа (one-way ANOVA), тогда как сравнение групп, определяемых несколькими факторами (синдром Дауна (+/-) – ожирение (+/-)) будет осуществляться с использованием two-way ANOVA.

Построение корреляционных матриц с целью выявления взаимодействия между химическими элементами в генеральной совокупности, а также отдельных группах, будет производиться с использованием коэффициента корреляции Спирмена.

Вывод. Предлагаемые с учетом результатов настоящей работы графики для оценки массы, длины тела и окружности головы детей первого года жизни с синдромом Дауна, проживающих в Ферганской области, с успехом могут применяться в практике амбулаторного наблюдения за такими пациентами. Это улучшит качество диагностики сопутствующей патологии и позволит провести раннюю профилактику нарушений питания у детей с трисомией хромосомы 21.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОТИТОМ

Халилов Х.У., магистр 3 курса

Научный руководитель: доцент Пардаев Д.Э., Кафедра оториноларингологии

Ташкентская медицинская академия

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальной проблемой современной оториноларингологии продолжает оставаться

проблема лечения и профилактики нарушений слуха различного генеза

В общей структуре патологии слуховой системы по-прежнему значительный удельный вес занимают хронические гнойные средние отиты, которые не только приводят к снижению социальной активности, ухудшению качества жизни больных, но и нередко вызывают тяжелые внутричерепные осложнения.

Цель исследования. Повышение эффективности тимпаноластики, проводимой на завершающем этапе консервативно-щадящей радикальной операции или в отдаленные сроки после ранее перенесенной санирующей операции у больных хроническим гнойным средним отитом с использованием способа длительной вентиляции барабанной полости.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачами исследования была сформирована две группы пациентов. Первую (группу исследования) составили 107 больных, которым в ходе операции или после-операционно устанавливалась тимпано-вентиляционная трубка в передние отделы неотимпанальной мембраны.

Результаты исследования. Применение способа длительной вентиляции барабанной полости позволяет повысить эффективность тимпаноластики, проводимой на завершающем этапе консервативно-щадящей радикальной операции за счет улучшения морфологического результата на 13,5% и функционального, в среднем, на 8,3 дБ; тимпаноластики, выполняемой в отдаленные сроки после ранее проведенной санирующей операции, на 15,4% и 12,6 дБ, соответственно.

Дооперационными показаниями для длительной вентиляции барабанной полости при тимпаноластике, проводимой на завершающем этапе консервативно-щадящей радикальной операции, являются: а) наличие экссудата в барабанной полости; б) ателектаз натянутой части барабанной перепонки; в) визуально определяемые полипы, грануляции.

Дооперационными показаниями для длительной вентиляции барабанной полости при тимпаноластике, проводимой в отдаленные сроки после ранее перенесенной санирующей операции, являются: а) полипозно-измененная слизистая медиальной стенки тимпанальной части трепанационной полости; б) мукозит слизистой тимпанальной части трепанационной полости; в) низкая «шпора».

Интраоперационными показаниями для длительной вентиляции барабанной полости при тимпаноластике, проводимой на завершающем этапе консервативно-щадящей радикальной операции, являются: а) нарушение проходимости тимпанального устья слуховой трубы за счет: анатомического сужения, фиброзной облитерации, облитерации полипами, грануляциями; б) фиброзирующие процессы в мезо- и гипотимпануме; в) полипозно-измененная слизистая медиальной стенки барабанной полости; г) мукозит.

Интраоперационными показаниями для длительной вентиляции барабанной полости, при тимпаноластике, проводимой в отдаленные сроки после ранее перенесенной санирующей операции являются: а) нарушение проходимости тимпанального устья слуховой трубы за счет: анатомического сужения, фиброзной облитерации, облитерации полипами, грануляциями; б) фиброзирующие процессы в мезо- и гипотимпануме; в) врастание холестеатомы в тимпанальный и фациальный синусы; г) уплотненная барабанная полость;

Послеоперационными показаниями для длительной вентиляции барабанной полости при тимпаноластике у больных хроническим гнойным средним отитом (эпитимпанитом) являются: а) втяжение неотимпанальной мембраны; б) ухудшение функции слуха; в) отсутствие эффекта от терапии, направленной на ликвидацию тубарной дисфункции.

Вывод. Предложена методика, уточнены технические особенности выполнения способа длительной вентиляции барабанной полости при проведении тимпаноластики на завершающем этапе, а также в отдаленные сроки после санирующей операции, проводимой при хирургическом лечении больных хроническим гнойным средним отитом. В зависимости от данных предоперационного отомикроскопического обследования, интраоперационных находок, морфологических и функциональных результатов хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде разработаны показания к использованию способа длительной вентиляции барабанной полости.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ОТИТОВ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКОЙ

*Выполнил: Халилов Х.У, магистр 3 курса,
Научный руководитель: доцент Пардаев Д.Э.
Кафедра оториноларингологии
Ташкентская медицинская академия
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальной проблемой современной оториноларингологии продолжает оставаться проблема лечения и профилактики нарушений слуха различного генеза

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

В общей структуре патологии слуховой системы по-прежнему значительный удельный вес занимают хронические гнойные средние отиты, которые не только приводят к снижению социальной активности, ухудшению качества жизни больных, но и нередко вызывают тяжелые внутричерепные осложнения.

Цель исследования. Повышение эффективности и качества лечения больных различным и формами хронического гнойного отита путем разработки и обоснования одномоментных тимпанопластик с учетом этиопатогенетических механизмов развития заболевания и на основе проблемного, интегративного подхода, методологии концепции доказательной медицины и концепции качества медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. Изучены данные 70 больных в возрасте от 18 до 50 лет (50 основная группа, 20 контрольная группа) с диагнозом гнойного отита, находившихся на лечении в клинике АГМИ в период 2020-2021 гг.

Результаты исследования. Пациентам при поступлении проводилось всестороннее клиническое и оториноларингологическое обследование (сбор жалоб и анамнеза заболевания, риноскопия, отоскопия, отомикроскопия, аудиологическое обследование, КТ височных костей).

При изучении анамнестических данных установлено, что большинство обследуемых 254 (68,6%) перенесли в прошлом однократное оперативное вмешательство на данном ухе. 67 (18,1%) больных оперировались ранее на ухе 2 раза, 49 пациентам (13,2%) операции на среднем ухе выполнялись 3 и более раз. Кроме того, 104 человека (28,1%) отмечали наличие в анамнезе оперативных вмешательств и на втором ухе.

Среди больных, у которых от момента антротомии прошло более одного года, доля лиц с глухотой составила 9,43% (3,13%÷20,66%).

При проведении тональной пороговой аудиометрии пациентам с неудовлетворительными результатами тимпаноластики установлено, что усредненные пороги воздушного звукопроводения в зоне речевых частот составили $54,3 \pm 1,9$ дБ, костного звукопроводения $18,4 \pm 1,5$ дБ, КВИ $35,7 \pm 1,2$ дБ. При этом выявлено, что усредненные показатели воздушной проводимости и КВИ у пациентов с перфорацией барабанной перепонки были статистически достоверно ниже, чем у больных с латерализацией неотимпанальной мембраны и неотимпанальной мембраной, сформированной на естественном уровне ($p < 0,05$).

Отдаленные результаты оценивали через 6 месяцев после хирургического вмешательства. При этом учитывали состояние неотимпанальной мембраны и функциональный результат (костно-воздушный интервал по результатам аудиологического исследования).

Через полгода в основной группе было обследовано 34 пациента, в контрольной – 33 пациента. Положительный клинико-морфологический результат в основной группе наблюдали в 91,2% (31 пациент), а в контрольной – в 75,7% (25 пациентов).

Среднее значение костно-воздушного интервала в основной группе через 6 месяцев составило $15,54 \pm 6,84$ дБ, а в контрольной – $23,51 \pm 7,19$ дБ, что объясняется появлением реперфораций у пациентов контрольной группы.

Подводя общий итог проделанной работе, следует отметить, что НО-терапия в послеоперационном периоде после тимпаноластики способствует своевременной коррекции микроциркуляторных нарушений, усиливает адаптационные механизмы, координирует фазы воспаления и обеспечивает достижение биологически полезного результата, в данном случае, репарацию тканей. Все это способствует достижению стойкого анатомического, а, следовательно, и функциональных результатов тимпаноластики.

Вывод. Данная методика показала высокую надежность: рецидива ХГО у пациентов не отмечалось, при этом во всех случаях имелась возможность регулярного наблюдения за пациентами при обращении их на повторные курсы реабилитации после кохлеарной имплантации.

У пациентов с имплантируемыми слуховыми системами оценку функционального результата операции проводили после подключения аудиопроцессора или речевого процессора кохлеарного импланта, по данным речевой аудиометрии в свободном звуковом поле.

Применение данного алгоритма позволяет существенно повысить эффективность социальной реабилитации пациентов с «болезнью оперированного уха», добиться не только положительного клинико-анатомического результата («сухого уха»), но и обеспечить социальную адаптацию за счет улучшения слуховой функции у пациентов даже с тяжелыми формами смешанной и сенсоневральной тугоухости.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Хамидов А., студент 611-группа лечебного факультета

Научный руководитель: Кузиев Д.В.

*Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Согласно статистическим данным энурез является одним из распространенных патологических состояний среди детей и подростков (им страдает около 20% детей в возрасте от 5 до 14 лет) с неуклонным ростом патологического процесса в последние годы.

Успех терапии энуреза во многом зависит от того, насколько четко установлена причина возникновения данного недуга и прослеживаются ли основные патогенетические механизмы возникновения нарушений в мочевыделительной сфере. Кроме этого, в настоящее время нет единого специалиста, занимающегося этим вопросом. Это связано с полиэтиологичностью данного заболевания, разнообразием его форм и вариантов.

Энурез у детей и подростков – это неспособность удерживать мочу в определенных ситуациях при уже сформированном умении задерживать мочеиспускание. Подобный диагноз правомочен для ребенка 5 лет и старше, в том числе для подростков. Энурезом называют не только недержание во время ночного сна, но и в дневное время; причины этого состояния могут быть самые разнообразные. Лечение данного недуга также может быть разным – от психо- и диетотерапии до хирургического вмешательства.

Цель исследования. Показать и доказать важность и актуальность психологического аспекта, такого диагноза как энурез.

Методы исследования. Осмотр пациента, работа с медицинской документацией, наблюдение, анализ научной литературы.

Результаты исследования. Было исследовано 10 медицинских карт пациентов с диагнозом - энурез. Также были лично осмотрены и опрошены 3 пациента. Все пациенты были физически здоровы, мочевая система - без органической патологии. У всех пациентов в анамнезе жизни фигурировал психологический аспект. Рецидивы у всех пациентов были отмечены после душевных переживаний. С двумя исследуемыми была проведена консультация психолога.

Было приведено следующее заключение: «удерживание» в себе негативных эмоций или сильного чувства. Ночное недержание мочи является реакцией организма на разные конфликтные ситуации в жизни ребенка: потребность получить недостающее внимание родителей, желание по какой-то причине подольше оставаться маленьким, перегрузка ребенка занятиями, конфликты в семье, в коллективе.

Проблема психологического аспекта в данном заболевании стоит очень остро и нельзя пренебрегать ею во время лечения. Энурез является тем заболеванием, для которого нужно создание отдельной структуры мест пребывания таких детей во время лечения, так как среди таких же пациентов они не будут стесняться и бояться, это создаст спокойную обстановку и приведет к скорейшему выздоровлению.

Вывод. В целом можно отметить, что эффективность психотерапевтического подхода при работе с больными энурезом достаточно высока, если исключены медицинские причины. И даже в последнем случае бесценность психологической поддержки семьи нельзя недооценивать.

Большинство считают, что лучше не заострять внимание ребенка на его проблеме, чтобы не травмировать психику. Это не верная позиция. Ни в коем случае нельзя ругать ребенка, но объяснить, что его проблему родители готовы решать с ним вместе, обязательно нужно. Он должен знать, что родители не осуждают его. Ведь если ребенок не понимает, почему он утром просыпается мокрый, появляется сначала страх, потом стыд, а там уже недалеко до серьезной психологической патологии.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Хамидов А., студент 611-группы лечебного факультета

Научный руководитель: Кузиев Д.В.

*Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Острый тонзиллофарингит относится к числу наиболее распространенных внебольничных инфекционных заболеваний во всех странах мира. Боль в горле как главный симптом острого тонзиллофарингита, в свою очередь, является самой частой причиной обращения за амбулаторной медицинской помощью или самолечения. По данным статистики, в США ежегодно врачами общей практики и педиатрами осуществляется до 15 млн. консультаций в связи с подобной жалобой.

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 — гибридации БГСА инфекции и традиционный культуральный метод (ТКМ) бак-посева на среду.

Результаты исследования. При анализе отделяемого глотки специфичным экспресс-тестом СЭТ БГСА положительный результат выявлен у 17% детей 4,5 лет, у 27% детей 9,8 лет. Бактериологический анализ культуральным методом микробные ассоциации биопленкопродуцентов выявлены у 41,6%. БГСА — 24%, Streptococcus pyogenes — 13%, Streptococcus viduans — 10%, Streptococcus pneumoniae — 10%, S. aureus — 41%, Arcanobacterium haemolyticum — 3,5%, Escherichia coli — 7%, Haemophilus influenza — 33%, грибы Candida albicans — в монокультуре (7%), УПФ выявлена у 58,3% детей. После проведения курса

антибактериального лечения метод СЭТ БСГА определил положительный результат у каждого третьего ребенка.

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.

Вывод. Таким образом, использование экспресс-тестов на БСГА при острых тонзиллофарингитах в современной клинической практике во всем мире рассматривается как рутинный метод диагностики и определения показаний к назначению антибактериальной терапии.

К сожалению, в РУз внедрение этой методики происходит крайне медленно, и проблема неоснованно широкого назначения системных антимикробных средств при нестрептококковых тонзиллофарингитах остается актуальной.

Накопленный опыт позволяет с уверенностью рекомендовать экспресс-диагностику БСГА-инфекции для широкого внедрения в повседневную работу амбулаторно-поликлинической сети и приемных отделений инфекционных и многопрофильных стационаров. Снижение избыточной антибактериальной нагрузки, сокращение стоимости диагностики и лечения — неоспоримые преимущества указанного метода.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНУРЕЗА У ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Хамидов Ж.И., магистр 3 курса

*Научный руководитель: Абдукодиров У.Т., Кобиров Ш.М., Кафедра неврологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Нарушения мочеиспускания являются одной из актуальных проблем в педиатрии. Одним из представителей этой группы является энурез. Распространенность заболевания в возрасте от 1 до 3 г, по данным разных авторов, колеблется от 2,3 до 30%. В возрасте 3 год ночной энурез наблюдается у 15–20% детей, к моменту поступления в школу у 7–12% детей. У мальчиков энурез встречается в 1,5–2 раза чаще. Нижняя граница возраста для постановки диагноза энурез считается 5 лет, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями созревания высших центров регуляции акта мочеиспускания.

Цель исследования. Оценить эффективность различных медикаментозных подходов лечения первичного полисимптомного энуреза у детей.

Материалы и методы исследования. Данное исследование проводилось на кафедре неврологии АГМИ, Критерии исключения из исследования: наличие пороков развития органов мочевой системы, требующие хирургической коррекции; дети, имеющие в анамнезе инфекцию мочевыводящих путей; почечная недостаточность любой этиологии; дети с хронической соматической патологией, в стадии обострения; эндокринные заболевания; дети с органической патологией центральной и периферической нервной систем и с психическими заболеваниями.

Случайным образом пациенты были поделены на основную группу (40 человек), получавших комбинированную терапию (уротерапия, гопантевая кислота, десмопрессин) и группы сравнения, получавших ноотропные препараты (28 человек) и десмопрессин (34 человека).

Результаты исследования. При сравнении эффективности терапии в основной группе и группах сравнения выявлено, что эффективность комбинированной терапии полисимптомных форм энуреза достоверно выше ($H=15,074, p=0,0001$) по сравнению с монотерапией.

У пациентов, получавших монотерапию десмопрессином, эффективность терапии коррелировала с наличием ночной полиурии ($r=0,050, p=0,002$), что соответствует данным литературы [9].

В ходе исследования также установлено, что эффективность терапии энуреза зависит от степени выполнения рекомендаций врача, которая была оценена нами по дневнику энуреза и дневнику мочеиспускания ($r=0,657, p=0,0001$). Поэтому, комбинированную терапию целесообразно назначать пациентам, имеющим высокую мотивацию, что служит гарантом выполнения всех данных врачом рекомендаций и получение положительных результатов от терапии.

Кроме эффективности медикаментозных методов лечения энуреза, также оценивалась безопасность. У пациентов, принимающих десмопрессин в комбинации и монотерапии не отмечалось признаки нарушения водного обмена или электролитного дисбаланса. Лишь у одного пациента (0,25% случаев) на фоне приема десмопрессина наблюдался синдром гиперактивного мочевого пузыря в виде дневного недержания мочи. При подключении гопантевой кислоты удалось справиться с явлениями гиперактивности.

Ни у одного из пациентов, получающих ноотропные препараты (комбинированная и монотерапия), не зарегистрировано побочных действий.

Таким образом, эффективность комбинированной терапии полисимптомных форм энуреза у детей дошкольного и школьного возраста достоверно выше по сравнению с монотерапией.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Вывод. Комбинированная терапия является высоко-эффективной и безопасной для детей. Сочетание медикаментозных методов лечения с разным патогенетическим механизмом действия позволяет добиться лучших эффектов при первичном полисимптомном энурезе у детей.

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ О ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА

Хамраева Д.Ш
кафедра терапевтическая стоматология
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Профилактика кариеса и заболеваний периодонта - одна из основных задач терапевтической стоматологии. Несмотря на значительные успехи стоматологии в мире проблема кариеса зубов остается актуальной. В связи с этим ведется поиск альтернативных методов лечения кариеса зубов. Успешное выполнение этой задачи невозможно без информирования населения об основных факторах риска, обучения и контроля индивидуальной гигиены полости рта. Данное исследование позволит обращать внимание на наиболее частые заблуждения населения относительно проведения качественной гигиены полости рта при ее коррекции.

Цель: Определение уровня информированности учащихся старших классов о правильной и эффективной гигиене полости рта.

Материал и методы. Проведено анкетирование среди 64 учащихся 10-11 классов школы №7 г. Бухары.

Результаты. На основании анкетирования проведена оценка осведомленности о правильной гигиене полости рта, выявлены наиболее часто встречающиеся заблуждения и ошибки.

Выводы:

1. Результаты проведенного исследования актуальны в терапевтической стоматологии, для повышения информированности населения о правильной гигиене, качественной коррекции индивидуальной гигиены населения и снижения количества допускаемых ошибок при индивидуальной гигиене полости рта.

2. Около 40% опрошенных не придает должного значения качеству проводимой ими индивидуальной гигиены полости рта.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕЛИАКИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Хасанов Х., студент 343-группы лечебного факультета
Научный руководитель: Ибрагимов М.Б., Кафедра педиатрии
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 настоящее 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 города Андижан.

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%), а также анемия (67%), задержка полового развития (28%), снижение минеральной плотности костной ткани (25%) и ассоциированных заболеваний (тиреопатии (17%)). К таким проявлениям относятся и 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.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

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- α , 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.

ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ВЕЗИКУЛЁПУСТУЛЁЗОМ

Хасанова Нафиса Улугбек кизи

Научный руководитель: старший преподаватель Алиев Л. ассистент Ботиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Множественный везикулопустулёзы у детей (везикулёпустулёз) одно из часто встречающиеся заболевание детского возраста, которым поражаются весь проток и клубочки потовых желез стафилококками, и отмечается упорным течением и частыми рецидивами.

Такие больные дети могут обращаться за помощью врачам (хирургам для оперативного лечения) так и врачам дерматологам (консервативное лечения). Однако при обоих случаях лечения, необходимо обязательно провести больным антибактериальную терапию, играющий, ведущий роль в терапии этих больных.

Учитывая тот факт, что патогенные стафилококки являются основным этиологическим агентом при псевдофурункулёзе, необходимо применять такой антибиотик, который эффективно действовал бы против патогенных штаммов стафилококков.

В последнее время появилось новые антибиотики группы цефалоспоринов (цефазолин, цефатоксим, цефтриаксон), которые обладают широким спектром действия, против патогенных микроорганизмов. Нами было проведено лечение 19 больных детей с диагнозом везикулёпустулёз, клафоран (цефалоспорин антибиотик третьей поколения).

Из 19 больных, 10 детей были в возрасте до 1 месяца, 9 больных от 1 до 6 месяцев. Очаги поражения у 5 больных локализовались на волосистой части головы, у 5 детей на коже груди и у 5 больных на в/ч головы, груди и спины. После проведенного курса лечения, у всех больных детей наступило клиническое выздоровление.

При наблюдении большинства больных в течении трех месяцев, обострения заболевания не наступила, за исключения трех случаев, когда у больных детей очаги одновременно локализовались на коже, волосистой части головы, груди и спины.

Таким образом, клафоран является эффективным лекарственным препаратом для лечения больных везикулопустулёзом.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ходжаева Ф.Т.

Научные руководители: д.м.н, Зуфарова Ш.А., Ходжиева Д.Т.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Эпилепсия известна с древнейших времен, В Древней Греции и Риме считалось, что боги посылают эту болезнь на человека, ведущего неправедную жизнь. Уже в 400 г. до н. э. Гиппократом был написан первый трактат «О священной болезни»; величайший врач древности полагал, что приступы провоцируются ветрами, холодом и солнцем, изменяющими консистенцию мозга.

В современном понимании эпилепсия — это хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся постоянной предрасположенностью к генерации приступов и их нейробиологическим, когнитивным, психологическим и социальным последствиям.

Эпилепсия регистрируется с частотой до 1% в популяции и считается одним из наиболее распространенных психоневрологических заболеваний.

Цель исследования. Определить тактику по ведению беременности у женщин, страдающих эпилепсией, в первом, во- втором и третьем триместре.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 104 беременные, страдающие различными формами эпилепсии, с длительностью заболевания от 0 (гестационная эпилепсия) до 29 лет (основная группа), а также 30 практически здоровых беременных (контрольная группа) и новорожденные. В соответствии с поставленной целью исследования беременные основной группы были разделены на 2

подгруппы: первую подгруппу составили 24 (23,1%) женщины с эпилепсией, прошедшие прегравидарную подготовку; вторую подгруппу составили 80 (76,9%) женщин с эпилепсией, не прошедших прегравидарную подготовку

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием стандартного пакета программ “STATISTICA 6.0” (StatSoft, Ink. 1994-2001), при этом были использованы модули Basic Statistic/tables, Nonparametric Statistics. Сравнение групп по качественным признакам производилось с использованием двустороннего критерия точного Фишера. Для всех признаков вычисляли абсолютную (n) и относительную (P) величину, среднюю ошибку относительной величины (mp).

Результаты исследования. Анализ сопутствующих заболеваний первого триместра показал, что острые респираторные заболевания перенесли 2 (8,3%) беременные первой подгруппы, 5 (6,25%) беременных второй подгруппы и 5 (16,7%) беременных контрольной группы. Герпес первого типа встречался у одной беременной первой подгруппы и контрольной группы. Кольпит неспецифической этиологии был диагностирован в первой подгруппе у 1 (4,2%) беременной и в контрольной группе – у 1 (3,3%).

Ранний токсикоз беременных осложнил течение гестации у 1(4,2%) пациентки первой подгруппы, у 8 (10,0%) – второй подгруппы и у 1(3,3%) беременной контрольной группы. У 7 (29,2%) женщин первой подгруппы, у 12 (15,0%) беременных второй подгруппы и у 4 (13,3%) беременных контрольной группы в первом триместре выявлена угроза прерывания беременности, в связи с чем пациентки были госпитализированы в стационар, где им проводилась терапия по сохранению беременности. Нами не выявлены статистически значимые различия между исследуемыми группами ($p>0,05$).

Во втором триместре без патологии беременность протекала у 16 (66,7%) беременных первой подгруппы, у 52 (65,0%) беременных второй подгруппы и у 19 (63,3%) беременных контрольной группы. Анализ сравниваемых показателей сопутствующей патологии показал, что наиболее часто ОРВИ встречалась во второй подгруппе – у 9 (11,3%) беременных, в то время как в первой подгруппе и в контрольной группе – у 2 беременных, что составило 8,3% и 6,7% соответственно. Обострение хронического пиелонефрита выявлено в первой подгруппе в 1 (1,3%) случае, во второй подгруппе - в 3 (3,8%) случаях. В группе контроля данная патология не была диагностирована. Все беременные с пиелонефритом были госпитализированы в стационар для проведения комплексного лечения патологии мочевыделительной системы. У одной беременной (4,2%) из первой подгруппы во втором триместре гестации был диагностирован герпес первого типа, во второй подгруппе и в контрольной группе не выявлен. Во втором триместре беременности был выявлен кольпит в первой подгруппе у 1(4,2%) женщины, во второй подгруппе – у 6(7,5%), в контрольной группе – у 1 пациентки (3,3%).

В третьем триместре осложнения беременности и сопутствующую патологию имели 12 (50,0%) пациенток первой подгруппы, 41 (58,6%) пациенток второй подгруппы и 8 (26,7%) пациенток контрольной группы. Следовательно, достоверно чаще осложнения беременности и сопутствующая патология встречались в третьем триместре у беременных, страдающих эпилепсией, в обеих подгруппах в сравнении с беременными группы контроля ($p<0,05$)

Вывод. Встречаемость эпилепсии в популяции достигает 1%, при этом от 25% до 40% больных являются женщинами детородного возраста. Согласно обобщенным данным, обострение эпилепсии или учащение эпилептических припадков во время беременности наблюдается в 8-46% случаев. Современная стратегия терапии эпилепсии позволяет добиться полной ремиссии эпилептических приступов у 70-80% пациентов с полной социальной адаптацией и высокими стандартами жизни. Более чем у 90% женщин, страдающих эпилепсией, можно ожидать благоприятный исход беременности и родов.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ходжаева Ф.Т.,

*Научные руководители: Зуфарова Ш.А., Ходжиева Д.Т., Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В современном понимании эпилепсия — это хроническое заболевание головного мозга, единственный или доминирующий признак которого повторяющиеся судорожные припадки. Эпилепсией страдает около 40 млн. человек по всему миру. Эти цифры указывают на трансформацию проблемы из сугубо медицинской в социальную. В последние годы в центре внимания зарубежных и отечественных исследователей оказался нейроэндокринный аспект женской эпилепсии, который рассматривает не только влияние заболевания и приема противосудорожных препаратов (ПЭП) на гормональный статус женщин, но и проблему беременности при эпилепсии. С каждым годом растет количество беременностей у женщин, страдающих этим заболеванием, что может быть обусловлено увеличением частоты ремиссий на фоне применения новых ПЭП и уменьшением стигматизации больных женщин.

Цель исследования. Улучшение акушерских и перинатальных исходов у беременных с эпилепсией посредством изучения течения беременности и родов у женщин, страдающих криптогенной эпилепсией.

Материалы и методы. Проведен анализ течения беременности и родов у 129 женщин с криптогенной эпилепсией за период с 2019 по 2020 г.

Результаты исследования. Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с эпилепсией зависит от тяжести течения основного заболевания. Предгравидарная подготовка неврологом-эпилептологом позволяет добиться ремиссии основного заболевания у 78 % женщин на протяжении всей беременности, предупредить развитие смертельных акушерских осложнений, а так же эпилептического статуса во время беременности и родов.

Гестационный процесс у женщин с эпилепсией осложняется: угрозой прерывания в 24%, гестозом в 17%, анемией в 11 %, плацентарной недостаточностью в 10%, несвоевременным излитием околоплодных вод в 7%, слабостью родовой деятельности в 6%, родовозбуждением в 4%, многоводием в 2% ,гипоксией плода в 2%, нарастанием тяжести гестоза в родах в 2%. Частота оперативного родоразрешения (кесарево сечение), составила 46%.

Планирование и ведение беременности, совместно с неврологом-эпилептологом, у женщин, страдающих эпилепсией, снижает частоту припадков во время беременности в 5-7 раз; акушерских осложнений: угрозу прерывания в 3 раза, многоводие - в 2 раза, плацентарную недостаточность в 1,6 раз, гестозов в 1,3 раза, процент оперативного родоразрешения в 1,4 раза.

Исследование влияния антиэпилептических препаратов на различные звенья системы гемостаза у беременных, рожениц и родильниц, страдающих эпилепсией, не выявило существенных нарушений системы гемостаза. Коррекция гемостаза проводится по показаниям, при возникновении акушерской патологии. Риск геморрагических осложнений в родах у женщин, страдающих эпилепсией и принимающих АЭП, не превышает общепопуляционного.

Факторами риска неблагоприятного течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с эпилепсией являются тяжесть основного заболевания, отсутствие предгравидарной подготовки, совместного ведения акушером-гинекологом и эпилептологом.

Проведение пренатальной диагностики у беременных с эпилепсией позволило в 98,2% случаев избежать рождения детей с врожденными мальформациями. Частота мальформаций составила 1,8%. Микроаномалии зафиксированы у детей в 7,6%, что не превышает общепопуляционную частоту.

Вывод. Таким образом, заболевание эпилепсией не должно препятствовать женщине иметь полноценную семью. Решение о беременности должно приниматься пациенткой обдуманно, а вопросы планирования и ведения беременности, родо-разрешения, а также дальнейшего наблюдения за женщиной и ребенком требуют индивидуального подхода с учетом всех медицинских, социальных и психологических факторов.

ВЫБОР СПОСОБА ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хожиметов Д.Ш., Бахридинов К.Б., Мамасолиев С.Б.

Актуальность. Хронические заболевания печени различной этиологии зачастую приводят к портальной гипертензии, которая является причиной формирования порто-системных венозных коллатералей, включая варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и желудка. Самым тяжелым и нередко фатальным осложнением портальной гипертензии является кровотечение из варикозно расширенных вен. При наличии варикозных вен пищевода и желудка примерно у 60 % больных возникает массивное кровотечение, причем половина из них умирает во время первого кровотечения.

В настоящее время для лечения и профилактики кровотечений портального генеза используют средства медикаментозного, хирургического, эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза. Обилие существующих методов лечения свидетельствует о неудовлетворенности их результатами. Так, при консервативном лечении летальность колеблется в пределах 30 - 51,2%, при хирургическом - 26 - 40,6%. Основной тенденцией настоящего времени является поиск малоинвазивных технологий, позволяющих надежно лечить и выполнять профилактику портальных кровотечений.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с портальной гипертензией и кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода путем применения эндоскопической гемостазы.

Материал и методы. В период с ноября 2018 года по февраль 2020 года в отделении 3 хирургии и эндоскопии АГМИ у 60 больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода выполнено 72 эндоскопических лигирований. Все пациенты первично находились на обследовании и лечении в отделении гепатологии и 3 - хирургии АГМИ.

В протокол обязательного обследования пациентов включено выполнение эзофагогастродуоденоскопии с оценкой степени варикозного расширения вен по классификации N. Soehendra или ее модификации. Эндоскопическое лигирование выполнялось пациентам с ВРВ пищевода 3 степени согласно указанной выше классификации. Средний возраст пациентов составил 50 года (min 25 -

мах 75), из них мужчин было 33 (53,6 %), женщин – 27 (46,4%). Распределение больных по этиологии развития цирроза печени было представлено следующим образом: Вирусные гепатиты - 20 (33,3 %), цирроз смешанной этиологии - 15 (25 %), первичный билиарный цирроз печени - 10 (16,6%), токсический - 7 (12%) цирроз неясной этиологии - 8 (13%).

Лигирование ВРВ пищевода в подавляющем большинстве было выполнено в плановом порядке. При этом у 12 (20,8 %) пациента в анамнезе уже было кровотечение из ВРВ пищевода. В 3 (4,2 %) наблюдениях лигирование выполнено после эндоскопической констатации продолжающегося кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Выполнение лигирования вен на высоте кровотечения считали нецелесообразным. Всем пациентам первым этапом лечения проводился временный гемостаз с использованием зонда Сентстакена-Блэкмора, инфузионная терапия с восстановлением объема циркулирующей крови, вазопрессорная терапия, направленная на снижение давления в системе воротной вены, блокатор протеазы - сандостатин, ингибитор протоновой помпы и блокатор H₂- рецепторов с последующим лигированием ВРВ пищевода в качестве окончательного метода гемостаза.

Техника оперативного вмешательства. Операцию проводили под внутривенной анестезией. Для лигирования ВРВ использовали специальные устройства - Эндоскопическую лигаторы. В своей практике использовали многозарядные лигаторы фирм Cook Medical и Boston Scientific с числом предзаряженных лигатур от 6 до 10. Аппарат проводился до области пищеводно-желудочного перехода при минимальной инсuffляции воздуха с целью избежать срыгивания и разрыва вариксов. При минимальной инсuffляции воздуха определяли варикозный узел наибольшего размера или с наличием наиболее выраженных предикторов кровотечения с наличием супервариксов или «вишневых пятен». Выбранный варикозный узел на аспирации максимально втягивали в просвет колпачка до полного касания его объектива эндоскопа и появления «красного пятна» в поле зрения. Излишняя аспирация варикса нецелесообразна, т.к. может приводить к попаданию тканей в биопсийный канал аппарата и перфорации вены на фоне разреженного давления. В последующем на высоте аспирации, избегая активных движений эндоскопом, сбрасывали лигатуру на основание варикса. Освобождение лигированных тканей из колпачка осуществлялось путем аккуратного извлечения аппарата на 2–3 см на фоне возобновления подачи воздуха, способствующего выталкиванию лигированных тканей. В последующем кольца накладывали по спирали, избегая наложения лигатурных колец в одной плоскости по окружности пищевода с целью профилактики дисфагии в ближайшем послеоперационном периоде и формирования стриктуры на более поздних сроках.

Результаты их обсуждения. Среднее время оперативного вмешательства составило 10 минут (5–15 минут). В двух наблюдениях отмечались интраоперационные кровотечения, обусловленные соскакиванием наложенной лигатуры (1) и травмой вены краем лигирующего колпачка (1). Оба осложнения устранены повторным лигированием с вовлечением источника кровотечения и не потребовали изменения лечебной тактики. У пациентов с наличием загрудинной боли назначали препараты группы НПВС. Болевой синдром обычно купировался к вторым - третьим суткам. Средний койко-день составил 2 дня. Повторный эндоскопический осмотр в ранние сроки после операции (до 10 дней) считали нецелесообразным. Более того, считаем, что оно провоцирует риск развития кровотечения, т.к. приходится на пик эрозивно-язвенного поражения, обусловленного отхождением лигатур. Контрольная ЭГДС назначалась с интервалом 1 раз в 3 месяца и при наличии новых стволов варикозных вен проводились повторные лигирования. Всего 3 (4,1%) пациентам из группы наблюдения потребовались повторные лигирования (2 раз за период наблюдения). У 3 (4,1%) пациентов, которым было выполнено лигирование в экстренном порядке, развились кровотечения из ВРВ (3 дней послеэндоскопическом остоявка). В настоящее время все пациенты, которым выполнено эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода, находятся под динамическим наблюдением специалистов-гепатологов отделения гепатологии с проведением мониторинга выраженности портальной гипертензии.

Заключение. Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода является высокоэффективным, экономичным и технически простым методом профилактики жизнеугрожающих кровотечений портального генеза.

ЗНАЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НОГ

*Магистр 3 курса: Холмухамедов. Ж.Р.
Научной руководитель: Проф; Мусаайхов.Х.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Применяемое в настоящее время лечение варикозной болезни (ВБ) ног направлено на компенсацию патологии венозной системы, воздействие на патологические изменения в лимфатическом русле, от которого зависит прогрессирование и осложнения процесса, изучено крайне недостаточно.

Это приводит к застойным, дистрофическим и воспалительным изменениям во всей сосудистой, лимфатической системе конечности, окружающих тканях, нарушению микроциркуляции. (В.С.Савельев, А.И.Кириенко, Р.А.Григорян, И.А.Золотухин 2003; В.Ю.Богачев 2004; О.А.Шумков, В.А.Родинова, С.З.Хмырова 2007; Б.С.Суковатых, М.Б.Суковатых и др. 2012).

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Цель: Улучшить этиопатогенетическое лечение больных с варикозной болезнью ног, путём проведения стандартной и лимфатической терапии. **Материалы методы:** Из наблюдаемых 80 больных с ВБ ног: женщин 54, мужчин 26, в возрасте от 20 до 50 лет, в зависимости от стадии процесса применили у 60 больных стандартную и лимфатическую терапию (ЛТ). ЛТ проводим через стопу с целью воздействия регионально на микроциркуляторное русло, лимфатическую систему ноги. По разработанной методике через стопу пораженной ноги подкожно вводим последовательно растворы новокаина, гепарина, лазикса. По показаниям добавляем димедрол, иммуномодулин, антибиотик.

Результаты исследования: Комбинированная лимфатическая терапия у 60 больных, в стадии субкомпенсации после первых сеансов прекращались чувство тяжести, утомляемости, судороги конечности. После 3 сеанса ЛГ действующей на общие и местные проявления патологического процесса, значительно уменьшались боли, отеки, явления дерматита у 85 % больных. Восстанавливалась функция конечности. Не было осложнений, кровотечений, тромбозов, тромбозов. У 20 больных контрольной группы при традиционном лечении, улучшения местного и общего характера наступали на 5-6 день. В 20 % случаев отмечались осложнения (отеки, тромбоз, дерматит, трофические язвы).

Выводы: Таким образом, лимфатическая терапия со стандартными методами у больных с ВБ ног способствует этиопатогенетическому воздействию, уменьшению патологических изменений в гемолимфоциркуляторном русле, купирует местные и общие клинические проявления ВБ ног, восстанавливает здоровье больных, реабилитацию.

КОМПЛЕКСНЫЙ СПОСОБ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КЛАССИФИКАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Магистр 3 курса: Холмухамедов. Ж.Р.

Научной руководителем: Василевский Э.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы создалась тенденция несвоевременной диагностики, отсутствие адекватной помощи значительному контингенту больных с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей (ВРПВНК). Это обусловлено слабой осведомленностью врачей общей практики, особенно амбулаторной помощи, о способах своевременной диагностики, классификации и лечения, клинических проявлениях, осложнениях варикозной болезни ног (ВБН).

Комплексные способы диагностики, классификации ВБН отсутствуют. Самое распространенное сосудистое заболевание среди населения трудоспособного возраста, поражающее женщин до 40-60 %, мужчин до 20-40 % остается весьма актуальной (А.И.Кириенко, И.А.Золотухин, 2001; В.Ю.Богачев, 2003; В.И.Петухов, 2007; Г.М.Керимова, 2009; Б.С.Суковатых, М.Б.Суковатых, П.Н.Беликов, и др. 2012; и др.).

Предлагаем комплексный способ диагностики, отражающий анатомо-физиологические особенности вен ног, клинические проявления, осложнения, этиологию, факторы риска, лимфатическую терапию в зависимости от стадий, у больных с ВРПВНК. Проводим коррекцию венозной и лимфатической систем ног, путем применения лимфатической терапии при стандартном лечении больных с ВБН.

Цель: Улучшить диагностику классификацию варикозной болезни ног, современное лечение, внедрить лимфатическую терапию.

Материалы и методы: Предлагаемый способ комплексной диагностики классификации с ЛТ ВРПВНК у 85 больных распределён по стадиям: I стадия 10 больных, II стадия-25 больных, III стадия-30 больных, IV стадия-20 больных. В I-м межпальцевом промежутке или под пупартовой связкой подкожно вводим последовательно, медленно растворы новокаина, гепарина, фуроцемида, антибиотика. Накладываем п/спиртовый компресса. На курс лечения 8-10 сеансов лимфатической терапии (ЛТ), в зависимости от стадии.

Результаты исследований: Проведенная комплексная диагностика позволила своевременно назначить лимфатическое лечение с хорошим исходом у 65 больных, осложнений не было. Разработанный способ диагностики комплексного лечения помог на ранних стадиях варикозной болезни ног предупредить прогрессирование процесса, развитие тяжелых осложнений на 5-6 день. В контрольной группе у 20 больных с ВБ ног при стандартном лечении улучшение появлялось на 7-9 день, прогрессировали явления дерматита, трофические изменения на голени не заживали.

Вывод: Представленный способ классификации, диагностики комплексного лимфатического лечения ВРПВНК, удобный для практического и клинического применения, предложен впервые, отражает стадии, клинику, осложнения, необходимые для постановки диагноза, планирования своевременных, современных лечебных мероприятий.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Магистр 3 курса: Холмухамедов. Ж.Р.
Научной руководитель: Проф; Мусаайхов.Х.Т.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Введение; Консервативное лечение больных с острым панкреатитом (ОП) занимает ведущее место, как 90% нерезектосектомных так и послеоперационном периоде направлено на подавление панкреатической секреции, прочесов аутолиза, самопереваривания Большое количество активных ферментов, токсинов, микробов скапливается в лимфатических сосудах и узлах поджелудочной железы (ПЖ) парапанкреатической, забрюшинной клетчатке, брыжейке поперечной ободочной кишки. Воздействие на патологические процессы в лимфатической системе ПЖ является важной задачей в лечении острого панкреатита, входит в комплекс консервативных мероприятий. Современные хирургические методы лечения ОП недостаточно купируют патологию в ПЖ.

Цель исследования. Улучшить комплексное консервативное лечение острого панкреатита наряду с лимфатической терапией что предупредит активацию ферментов деструкцию, ПЖ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 4 больных с ОП, из них 20 больных в комплексное консервативное антиферменты цитостатическое лечение мы включили лимфатическую терапию (ЛТ). Лечение начинали сразу после поступления в стационар; 30 больным с ОП проводили консервативное лечение традиционное. Из них 8 больных были оперированы, произведена некро-эктомия с дренированием полости малого сальника и брыжейки поперечной ободочной кишки. Больным после операции продолжали: ЛТ через установленный дренаж: вводили 0,5 % раствор новокаина, затем последовательно гепарин, лазикс, контрикал, цитостатик, антибиотик широкого спектра действия.

Результаты исследования. После 3-4 сеансов комбинированного лечения с лимфатической терапией уменьшались боли, диспепсические явления, восстанавливалась функция кишечника, улучшались показатели биохимических исследований, УЗИ-в динамике. Больные выписывались в удовлетворительном состоянии. У 20 больных, которым проводилось традиционное лечение, за одинаковый промежуток времени, диспепсические явления, боли, данные обследования не купировались в течение 7-10 дней и более.

Выводы. Применение лимфатической терапии в комплексном консервативном лечении острого панкреатита предупреждает прогрессирование деструктивного процесса, аутолиза. Проводимое консервативное с ЛТ обосновано, легко выполнимо, эффективно.

РОЛЬ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НОГ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

*Магистр 3 курса: Холмухамедов. Ж.Р.
Научной руководитель: Проф; Мусаайхов.Х.Т.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Введение. Наряду с прогрессированием, несостоятельностью венозного тока, при варикозной болезни ног (ВБН) вовлекается в процесс второе ключевое звено системы гомеостаза, гуморального транспорта-лимфатическая система, которая транспортирует тканевую жидкость, продукты жизнедеятельности тканей и мышц, (Н.Ф.Дрюк, 2001; Е.П.Верхлин, 2000; В.Ю.Богачев и др. 2003). Лимфатическая система вовлекаясь в патологический процесс, вызывает прогрессирование, осложнение варикозной болезни ног, развивается лимфовенозная недостаточность (ЛВН) (Ю.М.Левин и соавтор. 1982; Р.П.Панченков, Ю.Е.Выренков и др. 1986; И. В. Ярема М.М.Алиев, В.И. Сипратов. 2004 и др.

Цель исследования. Улучшить результаты консервативного и хирургического лечения ВБН и осложненных форм, путём применения лимфатической терапии наряду с традиционным лечением.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 55 больных с варикозной болезнью ног (ВБН). Они распределены по стадиям: I стадия 10 больных, II стадия 20 больных, III стадия 15 больных, IV стадия 10 больных. В I-м межпальцевом промежутке или под пупартовой связкой строго подкожно вводим последовательно, медленно растворы новокаина, гепарина, фуроцемида, антибиотика. Накладываем спиртовой компресс. На курс лечения 8-10 сеансов лимфатической терапии (ЛТ), в зависимости от стадии, совместно с традиционным лечением. 20 больным проводили только традиционное лечение

Результаты исследований. Проведенная современное традиционное и лимфатическое лечение с выявило хороший исход у 45 (87%) больных, осложнений не было. Разработанный способ, комплексного лечения помог на ранних стадиях варикозной болезни ног предупредить прогрессирование процесса, развитие тяжелых осложнений улучшение появлялось на 5-6 день. В контрольной группе у 10 (50%)

больных с ВБ ног при стандартном лечении улучшение появлялось на 7-9 день, не ликвидировались прогрессировали явления дерматита, трофические изменения на голени.

Вывод: Представленный способ консервативного лечения и лимфатической терапии ВБН предложен впервые, проведение своевременных, современных лечебных мероприятий. Препятствует развитию осложнений у распространенной тяжелой категории больных с варикозной болезнью ног.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРЕТЕРОЛИТИАЗА

Хомидова Г.Ж., магистр 3 курса

*Научный руководитель: Собиров А.А., Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Разработана рациональная методика УТТ мочеочника, позволяющая с 99% точностью диагностировать уретеролитиаз. Учет в практической работе разработанных семиотических признаков уретеролитиаза и его осложнений позволяет повысить точность диагностики данных патологических состояний.

Предложенная последовательность ультразвукового и компьютерно-томографического исследований различных отделов мочеочника позволяет сократить время и снизить лучевую нагрузку при обследовании больных с клиникой почечной колики. Разработанный алгоритм применения лучевых методов исследования позволяет повысить эффективность лучевой диагностики уретеролитиаза и его осложнений.

Цель исследования. Улучшить диагностику и лечение уретеролитиаза путем использования функциональных ультразвуковых методов.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 70 больных, находившихся в клинике АГМИ за период 2018-2021 гг.

Результаты исследования. Ультразвуковая диагностика является наиболее эффективным лучевым методом диагностики уретеролитиаза. Камни любого химического состава имеют плотность выше 78 ед.Н. Плотность оксалатов и фосфатов выше 450 ед.Н, а уратов и цистиновых камней - ниже 450 ед.Н.

Наиболее часто (68,8%) камни фиксируются в дистальных отделах мочеочников. В прилоханочном отделе конкременты выявляются в 22,1% случаев. На наиболее протяженную часть мочеочника - от уровня лоханочно-мочеочникового сегмента до нижней его трети - приходится только 9,1% конкрементов.

Первичное ультразвуковое исследование выявляет конкременты мочеочников только в 45,8% наблюдений. Повторное целенаправленное, проведенное после установления наличия и местоположения конкремента в мочеочнике, позволяет дополнительно увидеть их в 20,9%. Использование трансвагинального и трансректального ультразвукового сканирования повышает эффективность выявления конкрементов дистального отдела мочеочника. Учет наличия доплерографического артефакта в конкрементах повышает чувствительность УЗИ при их выявлении.

Ультразвуковая диагностика позволяет выявлять ряд патологических изменений, сопровождающих уретеролитиаз и мочеочниковую обструкцию: пиелокаликоуретерозктазию, увеличение почки, снижение денситометрических показателей паренхимы, отек перинефральной и периуретеральной клетчатки, перинефральную и периуретеральную тягистость, скопление жидкости вокруг почки и мочеочника.

Выраженность косвенных признаков уретеролитиаза имеет четкую зависимость от длительности обструкции мочевых путей.

Ультразвуковое и рентгенологическое исследования не эффективны в выявлении косвенных признаков мочеочниковой обструкции, за исключением диагностик» пиелокаликотктазии.

Вывод. Определены показания к применению фармакосонаграфии для оценки степени нарушения уродинамики верхних мочевых путей. Предложены методики применения фармакологических нагрузочных проб при выполнении ультразвуковых исследований.

Разработан фармакологический тест, позволяющий дифференцировать различные виды стеноза лоханочно-мочеочникового сегмента при нефролитиазе.

Разработаны и внедрены в клиническую практику оригинальные ультразвуковые методики — ретроградная уретеропиелоскопия и анте-градная пиелуретероскопия, применение которых ускорило и упростило определение различных состояний верхних мочевых путей.

Обобщена, стандартизована и усовершенствована программа комплексного обследования при инфильтрирующих опухолях мочевого пузыря.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФРОНТИТА

Хошимов И.Х.

*Научный руководитель: Нарбаев К.П., Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время отмечается значительный рост заболеваемости фронтитом. При этом происходит изменение структуры этой патологии, все больший удельный вес занимают сочетанные поражения околоносовых пазух, а также хронические и вялотекущие процессы в лобных пазухах.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение причин рецидивирования фронтита после хирургического лечения, оценка современных методов операций на лобной пазухе с точки зрения функции лобно-носового соустья для разработки нового противорецидивного способа хирургического лечения больных хроническим фронтитом.

Материалы и методы исследования. В плане изучения причин рецидивирования фронтита после современных методов хирургического лечения нами было обследовано 188 человек с различными формами хронического фронтита, находящихся на стационарном лечении в клинике АГМИ в 2019-2021 годах. Среди больных хроническим фронтитом преобладали лица мужского пола (79,3%). Основную группу обследованных (82,9%) составили пациенты в возрасте от 21 до 50 лет.

Результаты исследования. Анализ частоты рецидивов после хирургического лечения фронтита показал, что она зависит от применяемого хирургического метода лечения и составляет 27,3% при лечении методом трепанопункции, 20,8%-при лечении по методике МеязегкИг^ег и 30,3%- по методу Н.В.Белоголового.

Ведущими факторами, определяющими функциональную недостаточность лобно-носового соустья и развитие рецидива в отдаленном периоде после лечения методом трепанопункции являются: сохраняющееся воспаление передних решетчатых клеток и наличие аномалий анатомического строения боковой стенки полости носа. Причиной рецидива после наружного вскрытия лобной пазухи является нарушение функции лобно-носового соустья, обусловленное его дезэпителизацией, выраженным гранулированием в раннем послеоперационном периоде и Рубцовым заращением.

На выбор способа хирургического лечения больных хроническим фронтитом наряду с другими факторами существенным образом влияют анатомические особенности строения лобно-решетчатой зоны, не выявляемые при обычной рентгенографии. Компьютерная томография околоносовых пазух в коронарной проекции с электронной реконструкцией в нескольких парасаггитальных плоскостях на стороне поражения дает наиболее полную информацию о строении лобно-решетчатой зоны.

Выраженный лобно-носовой массив и уменьшение расстояния между ним и мозговой стенкой лобной пазухи на месте перехода ее в дно передней черепной ямки являются наиболее неблагоприятными анатомическими условиями для эндоскопической операции на лобной пазухе, так как формирование лобно-носового соустья в этих условиях сопряжено со значительной травмой кости и слизистой оболочки и опасностью повреждения мозгового черепа, что диктует необходимость применения наружного доступа у этой группы больных. Такие условия были выявлены у 16,7% больных.

При наружном вскрытии лобной пазухи пластика лобно-носового соустья лоскутом слизистой оболочки носа обеспечивает сохранение мукоцилиарного клиренса в области лобно-носового соустья, уменьшает рубцовое заращение его и предупреждает рецидив фронтита.

Вывод. Определены наиболее частые причины рецидива хронического фронтита после хирургического лечения, проведена оценка современных методов хирургического лечения по функции лобно-носового соустья. Уточнены возможности компьютерной томографии для изучения анатомии лобно-решетчатой зоны и для выбора способа хирургического лечения, определены топографо-анатомические варианты строения лобно-решетчатой зоны, неблагоприятные для эндоскопического вскрытия лобной пазухи.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО ФРОНТИТА МЕТОДОМ ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ

Хошимов И.Х.

*Научный руководитель: Нарбаев К.П., Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время отмечается значительный рост заболеваемости фронтитом. При этом происходит изменение структуры этой патологии, все больший удельный вес занимают сочетанные поражения околоносовых пазух, а также хронические и вялотекущие процессы в лобных пазухах.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения экссудативных фронтитов методом эндоназального зондирования.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Материалы и методы исследования. В плане изучения причин рецидивирования фронтита после современных методов хирургического лечения нами было обследовано 188 человек с различными формами хронического фронтита, находящихся на стационарном лечении в клинике АГМИ в 2019-2021 годах. Среди больных хроническим фронтитом преобладали лица мужского пола (79,3%). Основную группу обследованных (82,9%) составили пациенты в возрасте от 21 до 50 лет.

Результаты исследования. Выводное отверстие лобной пазухи при инфундибулярном типе лобно-носового сообщения не имеет постоянной топографии.

Риноскопическая картина воспалительных заболеваний лобных пазух и пути эвакуации экссудата из фронтального синуса находятся в соответствии с типом лобно-носового сообщения. У больных с рецессуальным лобно-носовым сообщением экссудат эвакуируется в передние отделы полости носа и хорошо виден при передней риноскопии. У пациентов с инфундибулярным лобно-носовым сообщением эвакуация экссудата происходит преимущественно в заднем отделах полости носа и носоглотки.

Распространенность сопутствующих экссудативному фронтиту синуситов зависит от типа лобно-носового сообщения. Изолированное поражение лобного синуса чаще встречается у пациентов с рецессуальным лобно-носовым сообщением. При инфундибулярном лобно-носовом сообщении у 97,7% больных воспалению лобной пазухи сопутствует поражение других околоносовых пазух.

Форма и направление дренажно-вентиляционного хода в лобную пазуху зависят от типа лобно-носового сообщения. При рецессуальном лобно-носовом сообщении он имеет дугообразную форму и направлен вперед и вниз. При инфундибулярном лобно-носовом сообщении дренажно-вентиляционный ход имеет прямолинейную форму и направлен вниз и назад.

Адекватность эндоназального зондирования лобных пазух зависит не от величины структур, формирующих лобно-носовое сообщение, а от его типа, при котором это сообщение имеет всегда соответствующую форму, а именно: при рецессуальном - дугообразную, при инфундибулярном - прямолинейную.

Отсутствие универсального инструмента для эндоназального зондирования лобных пазух диктует необходимость применения избирательной тактики при выборе инструмента для этой манипуляции и использование при рецессуальном лобно-носовом сообщении дугообразной канюли, а при инфундибулярном канюли с прямоугольным рабочим концом. У 89,4% больных с рецессуальным лобно-носовым сообщением зондирование лобных пазух дугообразной канюлей свободно выполняемо. У 94,2% больных с инфундибулярным медиальным типом лобно-носового сообщения и у 89,4% пациентов с инфундибулярным латеральным типом лобно-носового сообщения зондирование лобных пазух свободно выполняется канюлей с прямоугольным рабочим концом.

Эффективность лечения экссудативного фронтита зависит от адекватности методики инструментальной эвакуации экссудата из пораженной лобной пазухи. При лечении фронтита с использованием традиционной методики эндоназального зондирования лобных пазух рецидивы составили 13,6%, а при использовании избирательной тактики подбора канюли для эндоназального зондирования рецидивы заболевания не превышают 3,6%.

Предлагаемая методика инструментальной эвакуации экссудата из лобных пазух у больных экссудативным фронтитом безопасна, легко воспроизводима и может быть рекомендована для широкого практического применения.

Вывод. Избирательный подход к выбору инструмента для эндоназального зондирования лобных пазух позволяет сохранить анатомическую целостность и функциональную полноценность структур остиомеатального комплекса, обеспечивает адекватную санацию пораженных лобных синусов и тем самым повышает эффективность консервативного лечения экссудативного фронтита. Это позволяет рекомендовать разработанный метод в широкую клиническую практику.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОПИОИДНЫМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЮ ГИРШПРУНГ

Худойбердиев Жамолиддин Шавкат ўгли

Магистр кафедры детская анестезиология и реаниматология

Научный руководитель: PhD., ассистент Маматкулов И.Б.

Ташкентского педиатрического медицинского института

Цель работы: Оценка характера и эффективности послеоперационного обезболивания у детей после абдоминальных операций внутримышечного введения промедола и его постоянной внутривенной инфузии.

Материал и методы исследования: Послеоперационный анализ проведен у двух групп детей в количестве 50 человек в возрасте от 5 месяцев до 14 лет, которым были выполнены различные абдоминальные оперативные вмешательства планового характера. У детей первой (основная) группы (30 человек) использовали пролонгированную внутривенную инфузию промедола. Вторую (контрольная группа) - составили 20 детей, которым использовалось внутримышечное введение 1% раствора промедола.

Результаты исследования: Детям 1-й группы сразу после поступления в ОРИТ начинали внутривенную инфузию промедола из расчета 0,2 мг/кг/час. Через 24 часа доза промедола снижалась до 0,15 мг/кг/час, а через 48 часов – до 0,1 мг/кг/час. Общая продолжительность использования внутривенной инфузии промедола в 1-й группе составила от 48 до 75 часов (60 ± 10 ч). Детям 2-й группы обезболивание проводили через равные промежутки времени (традиционно рекомендуемый интервал – 6 часов), из расчета 0,25 мг/кг промедола в/м. Длительность обезболивания составляла от 36 до 63 часов, в среднем 51 ± 6 часов. Препарат вводили от 36 до 63 часов, в среднем 51 ± 6 часов. В основной и в контрольной группах больных величина ЧСС в послеоперационном периоде была выше, чем до операции. В промежутке между 21-м и 27-м часами исследования величина ЧСС во 2-й группе была достоверно более высокой, чем в 1-й группе ($p=0,01-0,04$), что было связано с меньшей эффективностью обезболивания. Показатели АД на протяжении всего исследования оставались стабильными с незначительными отклонениями. Различия между группами были выявлены через 24 часа использования обезболивания ($p=0,01$) – в контрольной группе значения артериального давления были выше, чем в основной. Постоянное внутривенное введение промедола (1 группа) не оказывало заметного влияния на оцениваемые гемодинамические параметры, но эффективность обезболивания была заметно выше.

Выводы: В сравнении с традиционно используемым в детской практике болюсным внутримышечным введением промедола, постоянное внутривенное введение этого препарата в дозе 0,1-0,2 мг/кг/час обеспечивает более комфортное течение послеоперационного периода, более эффективную послеоперационную анальгезию и не оказывает влияния на оцениваемые гемодинамические параметры.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА ГИГИЕНЫ ЗУБОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФТОР-ЛАКА

*Шаймуродова Г.У. - магистр 2 – го курса детской терапевтической стоматологии
Научный руководитель: Мухамедова М.С.-доцент кафедры профилактики стоматологических заболеваний*

Ташкентского государственного стоматологического института

Актуальность. В настоящее время стоматологическая заболеваемость в нашей стране среди детского населения является достаточно высокой, и следует ожидать дальнейшего ухудшения, если не будут изменены в благоприятном направлении условия, влияющие на развитие заболеваний полости рта, и не улучшится качество оказания стоматологической помощи, которая зависит от многих объективных и субъективных факторов.

Цель исследования. Клиническое обоснование применения фтор-лака в профилактике кариеса у детей с молочным прикусом

Материалы и методы исследования. Для определения исходного уровня стоматологической заболеваемости было проведено комплексное клиническое стоматологическое обследование 59 детей в возрасте от 3 до 5 лет посещающих детский сад. Наше исследование мы проводили в 604-й государственной организации дошкольного образования «Туроннури».

Всего мы собрали 59 здоровых детей детского сада в возрасте 3-5 лет.

Мы разделили детей на 3 группы и научили их правилам чистки зубов и уходу за зубами, а также постарались закрепить эту информацию, чтобы они ее запомнили.

Под нашим наблюдением находилось 59 детей в возрасте 3-5-х лет, которых поделили на 3 группы:

1 группе детей покрывали фтор-лаком Enamelast™ 2 раз в год (20 детей).

2 группе детей покрывали фтор-лаком Enamelast™ 1 раз в год (20 детей).

3 группе детей контрольная группа (данной группе 19 детей есть и не проводили покрытие зубов фтор – лаком)

Все наши пациенты были обучены чистке зубов методом Fones.

Перед применением, детям из I-ой и II-ой группы, поверхность зубов очищалась щеточками или ватными валиками, высушивалась и изолировалась от слюны. При нанесении дети не сопротивлялись, так как данный препарат имеет сладкий вкус, и он быстро сохнет во влажной среде.

Определения гигиенического состояния полости рта детей проводили индекс гигиены по Федорову - Володкиной. Раствором Люголя окрашиваются следующие зубы: 6 нижних молочных фронтальных зубов, 71,72,73,81,82,83

Оценка окрашивания:

отсутствие окрашивания – 1 балл;

¼ поверхности зуба – 2 балла;

½ поверхности зуба – 3 балла;

¾ поверхности зуба – 4 балла;

Вся поверхность зуба – 5 баллов.

Оценка проводится нахождением средней арифметической путем сложения суммы окраски (в баллах) всех 6-ти зубов и деления полученной суммы на шесть.

TIYBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Результаты. Установлено применение фтор - лака не сопровождалось развитием каких-либо побочных эффектов.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что среди детского населения широко распространены стоматологические заболевания, для снижения распространенности и интенсивности которых необходима разработка и внедрение профилактических программ.

<u>Показатели</u>	<u>Показатели Гигиенический Индекс</u>	<u>Осмотр детей через 6 месяц промежуток времени</u>	<u>Осмотр детей через 1год промежуток времени</u>
<u>Enamelast 1 группа (Ф-лак 2раза)</u>	<u>2,5</u>	<u>1,6</u>	<u>1,2</u>
<u>Enamelast 2 группа(Ф-лак 1раз)</u>	<u>2,5</u>	<u>1,9</u>	<u>1,7</u>
<u>3 группа (Ф-лак не применялся)</u>	<u>2,5</u>	<u>2,1</u>	<u>2,2</u>

Выводы. Таким образом проведенные исследования позволили сделать выводы:

– результаты исследования подтвердили, что использование фтор-лака защищает от зубного кариеса с самого раннего возраста;

– результаты исследования подтвердили необходимость первой стоматологической консультации ребенка в возрасте 3 лет. Данный фтор препарат это недорогое средство, которое легко наносится на зубы ребенка и может использоваться во время первого посещения ребенком стоматолога. Использование этого метода позволяет избежать неприятного и дорогостоящего лечения кариеса.

ВЛИЯНИЕ МИКОПЛАЗМЕННУЮ ИНФЕКЦИЮ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

ШакарOVA Мафтуна Шухрат қизи

Тошкент тиббиёт Академияси, 2-сон Болалар касалликлари кафедраси

Введение: Бронхиальная астма считается многофакторным заболеванием, которая на основе лежит аллергическое воспаление дыхательных путей. Одна из особенностей обострений БА является, что под влиянием различных раздражителей (вирусно-бактериальные инфекции, триггерные факторы и психоэмоциональный фактор) в любое время может происходить сужение просвет бронхов.

Некоторые инфекционные микроорганизмы (микоплазмы) значительно влияет на иммунную реакцию ребенка, способствует вторичную инфицированию дыхательных путей; увеличение бронхиальной гиперреактивности и развитию бронхоспазма. Больные дети с атопической формой БА генетически предрасположены к персистирующему течению некоторых атипичных (внутриклеточных) инфекций. Клиническая картина БА на фоне *M. pneumoniae* значительно чаще появляется у детей с обострениями хрипов, субфебрилитетом, мучительным, малопродуктивным кашлем.

Цель: роль респираторной микоплазменной инфекции в обострении бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования: с помощью проспективным методом исследования, мы отобрали 39 детей, в возрасте от 2 до 14 лет, с диагнозом бронхи-альной астмы, находившихся на плановом обследовании и лечение, в периоды 2019-2020годах на базе детского аллергологических и пульмонологических отделений при Республиканской Многопрофильной клинике ТМА. Клинический диагноз Бронхиальная астма было поставлено на основе сбора анамнеза (жизни, болезни, аллергического анамнеза), клиники, результаты анализов лабораторных и инструментальных методов исследования. Для определения фрагментов дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) микоплазмы (МП) у исследуемых групп детей, было использовано метод полимеразная цепная реакция (ПЦР). Контрольную группу составило 44 практически здоровые дети того же возраста.

Результаты исследования: Полученные данные от ПЦР тестирование показывало: среди детей больных с БА, у 33,3% (13/39) пациентов обнаружено *M. pneumoniae*; у 66,7% (26/39) пациентов и у всех детей контрольной группы *M. pneumoniae* не обнаружено. Среди детей в диапазоне 2-5 лет, более половины (53,8%) детей-астматиков были получены положительные результаты ПЦР; среди исследуемых детей в возрасте 6-14 лет, только у 46,2% пациенты имели *M. pneumoniae*. Жалобы пациентов у детей-астматиков с микоплазменной инфекции жалобы: у 46,15% на лихорадку ($p=0,135$), 76,93% на кашель ($p=0,023$), 84,62% хрипящий грудной клетка ($p=0,006$). На обзорной рентгенографии грудной клетки у пациентов с МП инфекции, у 57,7% пациентов обнаружено единичные инфильтративные очаги в легких.

Обсуждения. Результаты проведенных лабораторных исследований для определения ДНК фрагментов *M. pneumoniae* показывает, статистическую связь между бронхиальной астмы и микоплазменной инфекцией ($p=0,001$). У 33,3% больных пациентов было получено положительную реакцию на *M. pneumoniae* методом ПЦР, в контрольной группе этот показатель составило 0,0%. Больные с

положительным результатом не показала ассоциации, по сравнению с отрицательными *M. pneumoniae* ($p = 0,44$, $p = 0,64$ и $p = 0,19$ соответственно). *M. pneumoniae* показывает значительную корреляцию с кашлем ($p = 0,02$) и хрипящий грудной клетки ($p = 0,006$). У инфицированных детей-астматиков с микоплазменной инфекции, характер кашля было мучительным, сухим, малопродуктивным. При аускультации выслушивается мелкопузырчатые хрипы.

Выводы. Семейный анамнез атопии (наличие бронхиальной астмы, атопический дерматит и алиментарная аллергия) показала сильную связь с бронхиальной астмой. *M. pneumoniae* тесно связано с бронхиальной астмой. Ее можно считать, как важнейших факторов риска при обострении бронхиальной астмы. Микоплазменная инфекция усугубляет клиническое течение БА у детей, и в одном сезоне наблюдалось несколько эпизодов обострений БА у детей. Кашель и хрип в груди считается важнейшим признаком *M. pneumoniae*, но при этом в рентгенограмме определить не возможно.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ

Шамсутдинов В.А, магистр 1 курса

*Научный руководитель: Юлдашева Н.Э., Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Лейкозы в стадии прогрессии характеризуются повышенным содержанием в крови лейкоцитов. Отсюда они и получили свое название «белокровие». Также известно, что больные лейкозами чаще страдают инфекционными заболеваниями, в том числе погибают в результате развития осложнений. Это связано с плохим функциональным состоянием иммунной системы. Возникает парадокс: в крови больного циркулирует огромное количество иммунных клеток, но иммунный ответ должным образом не происходит, либо не происходит вообще.

Это явление объясняется следующим: у больных лейкозами (как и другими формами гемобластозов), с одной стороны, удлиняется продолжительность жизни бластных клеток, с другой стороны — снижается их функциональная (двигательная, фагоцитарная, регуляторная и ферментативная) активность.

Цель исследования. Дать оценку качества жизни больных гемобластомами на различных этапах опухолевого процесса и выявить связь показателей качества жизни с клиническими особенностями течения заболевания.

Материалы и методы исследования. Общая характеристика групп обследованных больных. Обследовано 70 пациентов с гемобластомами, из них 29 женщин (52,3 %) и 41 мужчина (47,7 %) Средний возраст обследованных составил $44,5 \pm 3,75$ года

Результаты исследования. Качество жизни больных гемобластомами на этапе диагностики опухолевого процесса снижено по всем исследуемым шкалам в 1,4 - 1,9 раза по сравнению с контролем. На этапе проведения программной полихимиотерапии и в период ремиссии регистрируется улучшение показателей качества жизни, однако шкалы физического функционирования, ролевого физического функционирования, общего здоровья, витальности и психического здоровья не достигают уровня контроля.

У пациентов с лимфомой Ходжкина в момент диагностики заболевания регистрируется снижение показателей качества жизни только по шкалам, отражающим физический компонент здоровья в сравнении с группой контроля: по шкале физического функционирования — на 12,7%, ролевого физического функционирования на 41,5 %, витальности на 22,4 %, общего здоровья на 15,5 %, тогда как значения шкал, отражающих психологический компонент не отличаются от контрольных. Использование полихимиотерапии и лучевой терапии приводит к нормализации показателей качества жизни в период полной клинико-гематологической ремиссии по всем исследуемым шкалам за исключением шкал общего здоровья и жизнеспособности

Пациенты с агрессивными вариантами неходжкинских лимфом имеют достоверно более низкие показатели КЖ по сравнению с индолентными по шкалам ФФ - на 35,4 %, РФФ - на 45,6 %, Б - на 63,7 %, ОЗ - на 37,7 %, В - на 33,7 %, СФ - на 50,2 % и РЭФ - на 61,6 %

У больных НХЗЛ, относящихся к промежуточной/высокой и высокой группам риска, согласно Международному прогностическому индексу EPI, показатели качества жизни по всем исследуемым шкалам достоверно ниже по сравнению с пациентами промежуточной/низкой и низкой групп риска

Анемический синдром ухудшает качество жизни больных неходжкинскими злокачественными лимфомами по шкалам ФФ на 90 %, РФФ на 95 %, ОЗ на 65 %, СФ на 77 % и РЭФ на 80 %

У пациентов с лимфомами (IIX и НХЗЛ) III-IV стадии, Б-симптомами и экстранодальными поражениями показатели качества жизни на 25 - 60 % ниже, чем у пациентов с локальными стадиями и без признаков опухолевой интоксикации

Пациенты с острыми лейкозами в дебюте заболевания имеют самые низкие значения показателей качества жизни как в сравнении с контролем, так и в сравнении с группой больных лимфомами, при этом показатели качества жизни ниже в группе больных старше 60 лет и при миелобластном варианте заболевания. В динамике полихимиотерапии показатели качества жизни пациентов с острыми лейкозами не изменяются

Показатели качества жизни ниже в группе больных острыми лейкозами с длительностью миелотоксического агранулоцитоза свыше 14 дней по шкале боли - в 1,5 раза, общего здоровья - в 1,8 раза, социального функционирования - в 2,7 раза и психического здоровья - в 1,4 раза. При достижении клинико-гематологической ремиссии показатели качества жизни больных ОЛ улучшаются, но уровня контроля не достигают.

Вывод. Информация о качестве жизни больных гемобластозами позволяет получить представление об общих закономерностях реакции больного на патологический процесс.

Исследование качества жизни у онкогематологических больных необходимо использовать, наряду с оценкой опухолевого ответа и выживаемостью, для выявления индивидуальных особенностей пациента, оценки эффективности проводимого лечения и коррекции терапевтической программы в динамике заболевания.

ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

Шарипов Ш.Ш. – студент лечебного факультета

*Научный руководитель: Исламов Ш.Э. – доцент кафедры судебной медицины, д.м.н.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Повреждения челюстно-лицевых костей в медицинской практике составляют 2,5-4,5% от числа повреждений всех костей скелета.

Цель исследования – установить характер и механизм образования повреждений верхней и нижней челюстей.

Материалы и методы исследования. В качестве материала проведен ретроспективный анализ 36 заключений судебно-медицинских экспертиз, проведенных в амбулаторных отделах Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы в период 2019-2020 гг. Применялись общепринятые методы исследования - макроскопический, рентгенологический, статистический методы исследований.

Результаты исследования. Во всех исследуемых случаях определена тупая травма челюстей. Среди них 28 мужчин (77,78%) в возрасте от 16 до 60 лет, 8 женщин (22,22%) в возрасте от 18 до 52 лет. При этом переломы нижней челюсти составили около 66,67% от всех переломов костей лица. Со слов потерпевших и по обстоятельствам дела чаще всего перелом нижней челюсти они получали в драке и редко при падении с высоты. Выявлены следующие виды переломов нижней челюсти: открытые (16,67%) и закрытые (83,33%); полные (77,78%) и неполные (22,22%); одиночные (72,22%), двойные (19,44%), множественные (8,33%); односторонние (80,56%) и двусторонние (19,44%); линейные (86,11%) и оскольчатые (13,89%); со смещением отломков (22,22%) и без смещения (77,78%); прямые (88,89%) и не прямые (11,11%).

При открытых переломах нижней челюсти выявлялось нарушение целостности слизистой полости рта и кожи, то есть все переломы в линии зубного ряда являлись открытыми. Двусторонний перелом нижней челюсти характеризовался наличием двух линий перелома на противоположных сторонах. При неполном переломе (трещина) отмечалось сохранение целостности кортикальной пластинки с одной стороны. Наиболее типичные линии переломов: шейка суставного отростка, угол нижней челюсти, ментальное отверстие, средняя линия. При ударном воздействии тупого твердого предмета в область нижней челюсти характерен механизм смещения отломков под воздействием силы тяги жевательных мышц. В частности при одностороннем переломе челюсти больший отломок смещается вниз и внутрь, а меньший – внутрь и в сторону перелома. При двусторонних переломах в подбородочном отделе или в области тела нижней челюсти центральный фрагмент смещается внутрь и вниз, что может сопровождаться развитием серьезных осложнений для жизни потерпевшего (западение корня языка, развитие асфиксии).

Во всех случаях переломы верхней челюсти были открытыми, а также одно- и двусторонними 75% и 25% соответственно. При односторонних переломах верхней челюсти линия перелома проходила сагитально по небному шву. Нужно отметить, что смещение костных отломков при переломах верхней челюсти зависит - от силы и направления удара; от массы самих отломков; от силы тяги жевательных (крыловидных) мышц. Обычно верхняя челюсть смещается вниз и кзади так, что образуется открытый прикус (за счет смыкания только в области жевательных зубов), косой прикус или ложная прогения.

Выводы. Среди освидетельствованных лиц в судебно-медицинской практике в основном преобладали мужчины работоспособного возраста. Перелом нижней челюсти чаще возникал из-за бытовой травмы (драка) и резко при падении с высоты. Во всех случаях переломы верхней челюсти были открытыми, а также одно- и двусторонними. Смещение костных отломков при переломах верхней челюсти зависит - от силы и направления удара; от массы самих отломков; от силы тяги жевательных (крыловидных) мышц.

ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Шахобиддинов Н.В, магистр 1 курса

*Научный руководитель: Юлдашева Н.Э., Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Лейкозы в стадии прогрессии характеризуются повышенным содержанием в крови лейкоцитов. Отсюда они и получили свое название «белокровие». Также известно, что больные лейкозами чаще страдают инфекционными заболеваниями, в том числе погибают в результате развития осложнений. Это связано с плохим функциональным состоянием иммунной системы. Возникает парадокс: в крови больного циркулирует огромное количество иммунных клеток, но иммунный ответ должным образом не происходит, либо не происходит вообще.

Это явление объясняется следующим: у больных лейкозами (как и другими формами гемобластозов), с одной стороны, удлиняется продолжительность жизни бластных клеток, с другой стороны — снижается их функциональная (двигательная, фагоцитарная, регуляторная и ферментативная) активность.

Цель исследования. Изучить особенности оценки случаев вторичного иммунодефицита у больных острым лейкозом с осложнениями.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с острым лейкозом и пациентов с вторичным иммунодефицитом для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. Числовые изменения кариотипа имеют большое значение для прогнозирования острого лимфобластного лейкоза. Вариант острого лимфобластного лейкоза со значительным увеличением числа хромосом (более 50) имеет относительно благоприятный прогноз: 80—90 % больных переживает пятилетний срок с момента постановки диагноза, однако выявление некоторых структурных перестроек в клетках лейкозного клона с такими числовыми нарушениями может ухудшить прогноз.

Для подтверждения диагноза оценивались показатели ОАК, миелограммы, проводились иммунофенотипирование клеток костного мозга, определение транслокаций методом ПЦР, кариологическое исследование, исследование ликвора.

ОАК: на момент поступления в ПКДКБ от 23.05.19 Нб- 52 г/л; Эр- 2,0; Тр-19; Л-0,5; ; Эо - ; Баз -; м/ц - ; ю -; п/я-1; с/я-67; мон-1; лимфоциты- 31. В процессе терапии показатели ОАК изменялись в широких пределах.

На 8-й день госпитализации в ПКДКБ значительно улучшились показатели крови: ОАК от 06.06.19 Нб- 116 г/л; Эр- 4,12; Нт-33,5; MCV- 79,6; Тр-105;Л-3,58; лимфоциты-31; СОЭ-19.

На 36-й день: от 03.07.19 Нб- 100 г/л; Эр- 3,28; Нт-28,8; MCV-88,0; Тр-279;Л-7,08; Эо - ; Баз-1; м/ц-2; ю-3; п/я-6; с/я-35; мон-5;лимфоциты-48; СОЭ-20.

ОАК от 11.11.19 Нб- 105 г/л; Эр- 3,14; Нт-28,5; MCV-90,7; Тр-104; Л-3,51; Эо - ; Баз-0,02; мон-0,06;лимфоциты-79,9; СОЭ-12.

Миелограмма от 13.05.19 Пунктат малоклеточный. Все ростки костного мозга угнетены. Гипопластическое состояние костного мозга.

Миелограмма: от 27.05.19 Костный мозг малоклеточный. Бластные клетки выше нормы. Заключение: бластная гиперплазия костного мозга.

Миелограмма от 02.10.19 Костный мозг многоклеточный. Бласты в пределах нормы. Гранулоцитарный росток незначительно сужен, эритроцитарный- расширен.

Кариологическое исследование от 30.05.19 (результат от 11.06.19). Обнаружен гиперплоидный клон с модальным числом хромосом- 52, что характерно для ОЛЛ из клеток-предшественников В-лимфоцитов.

Также была выявлена отягощенная наследственность ребенка в сфере онкологических заболеваний.

Вывод. В результате снижения чувствительности гранулоцитов и моноцитов к хемотаксическим факторам, а также в результате нарушения процессов адгезии и интеграции, снижается иммунный ответ организма. Это ведет к большей уязвимости пациентов с ХМЛ перед инфекционными агентами, по сравнению со здоровыми людьми.

В хронической фазе (если таковая характерна для лейкоза) данная патология незаметна вследствие наличия рекрутируемого пула клеток, осуществляющего нормальный иммунный ответ. При истощении данного пула и переходе заболевания в фазу акселерации наблюдается прогрессивное снижение иммунного ответа.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*Выполнил: Шермухамедов А.Б., магистр 3 курса,
Научный руководитель: Мамаджонов К.Х., Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Дегенеративные поражения позвоночного столба занимают первое место (41,1%) среди причин первичной инвалидности по заболеваниям опорно-двигательной системы.

Проблема лечения межпозвонкового остеохондроза издавна привлекает к себе внимание невропатологов, ортопедов, нейрохирургов, физиотерапевтов, однако все еще далека от разрешения. До сих пор среди врачей различных специальностей окончательно не выработано единого понимания этой патологии и общих подходов к ее лечению.

Сохраняется противоречивое отношение невропатологов и хирургов к консервативным и оперативным методам лечения, а между ортопедами и нейрохирургами всё еще не преодолены разногласия в выборе оптимальных способов хирургического лечения дегенеративных заболеваний позвоночника.

Цель исследования. Разработать методику малоинвазивной хирургической стабилизации позвонков с помощью воздействия диодного лазера на межпозвонковые диски при дегенеративном спондилолистезе для устранения клинических проявлений заболевания.

Материалы и методы исследования. Объект исследования — 70 больных в возрасте от 23 до 73 лет (М=46,4) с дегенеративными поражениями поясничного отдела позвоночника, которым произведены различные виды хирургических вмешательств: де-компрессивные, стабилизирующие, декомпрессивно-стабилизирующие, декомпрессивно-пластические с использованием аутокостных трансплантатов, имплантируемых конструкций из титана, пористого никелида титана, инструментария для динамической транспедикулярной фиксации позвоночника.

Результаты исследования. Выраженный болевой синдром и неврологические нарушения при дегенеративном спондилолистезе мало зависят от величины и направления смещения. Клиническая картина обусловлена нарушением фиксационной функции межпозвонкового диска и выбуханием его в область спинномозгового канала.

Действие излучения полупроводникового лазера мощностью 3 Вт с длиной волны 970 нм на межпозвонковые диски дробным методом обеспечивает сохранность тканей диска.

Метод пункционного поликанального лазерного воздействия на межпозвонковые диски является малоинвазивным и щадящим. Способствует устранению болевого и неврологических синдромов при дегенеративном спондилолистезе. Обеспечивает стабилизацию позвоночных двигательных сегментов, и при этом сохраняются физиологические возможности организма для восстановления оптимального двигательного стереотипа.

Показанием к лазерной операции на межпозвонковых дисках является нестабильный дегенеративный спондилолистез I и II степени в сочетании с протрузией или грыжей диска до 8 мм при наличии стойких неврологических осложнений.

Егесс болевого синдрома и неврологической симптоматики после стабилизации позвоночного двигательного сегмента в результате пункционного лазерного воздействия подтверждает высокую роль нестабильности позвонков в клинической картине остеохондроза позвоночника.

Хорошие результаты непосредственно после операции, активный и непродолжительный восстановительный период позволяют пациентом в сроки до 3 месяцев вернуться к трудовой деятельности.

Вывод. Патологическая подвижность поясничных позвонков в результате дистрофических изменений в межпозвонковых дисках, смещение их относительно друг друга способствует появлению длительного выраженного болевого синдрома в пояснице и нижних конечностях. Консервативная терапия часто не приносит облегчения. Полученные результаты лечения больных с нестабильным дегенеративным спондилолистезе в сочетании с протрузией или пролапсом дисков позволяют считать метод пункционного лазерного воздействия на межпозвонковые диски эффективным.

ДЕГЕНЕРАТИВНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (ДИАГНОСТИКА И СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ)

*Выполнил: Шермухамедов А.Б., магистр 3 курса
Научный руководитель: Мамаджонов К.Х.
Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. По данным многих авторов, в 80 - 90% наблюдений пояснично-крестцовые боли обусловлены диск-радикулярным конфликтом. Возникающий при этом болевой синдром обусловлен

различными патогенетическими механизмами, в том числе и нестабильностью позвоночно-двигательного сегмента.

За 70-летний период хирургического лечения остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника было предложено большое количество операций, многие из которых в настоящее время имеют лишь исторический интерес. Наиболее распространены задние декомпрессивные операции, основная тенденция усовершенствования которых состояла в уменьшении травматизации доступа и максимальном сохранении костных структур позвоночника.

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения компрессионных форм поясничного остеохондроза путем применения различных способов фиксации позвоночника при его нестабильности.

Материалы и методы исследования. Объект исследования — 70 больных в возрасте от 23 до 73 лет ($M=46,4$) с дегенеративными поражениями поясничного отдела позвоночника, которым произведены различные виды хирургических вмешательств: де-компрессивные, стабилизирующие, декомпрессивно-стабилизирующие, декомпрессивно-пластические с использованием аутокостных трансплантатов, имплантируемых конструкций из титана, пористого никелида титана, инструментария для динамической транспедикулярной фиксации позвоночника.

Результаты исследования. При поясничном остеохондрозе, осложненном грыжеобразованием межпозвоночных дисков, возникает возможность развития нестабильности в различных отделах позвоночно-двигательного сегмента (изолированном или сочетанном поражении переднего, среднего и заднего столбов), данные комплексного обследования позвоночника позволяют выявить основные клинικο-лучевые признаки нестабильности позвоночника.

Для больных компрессионной формой остеохондроза с сопутствующей нестабильностью позвоночно-двигательного сегмента характерен симптом уступа (79/1%) и синдром перемежающейся хромоты (32,3%).

На основании анализа данных комплексного обследования, включающего обзорную и функциональную спондилографию, компьютерную и магнитно-резонансную томографию пояснично-крестцового отдела позвоночника при выявленной нестабильности позвоночно-двигательного сегмента у больных компрессионными формами остеохондроза отмечается уменьшение межпозвоночного пространства II-III стадии (73,5%) и уменьшение межпозвоночного отверстия I—I₁ стадии (84,3%).

Осуществлена оценка переднего спондилолиза кейджами (22,5%), заднего спондилолиза аутокостью и кейджами (15,7%), задней фиксации позвоночника металлическими конструкциями из никелида титана (14,7%), а также комбинированных способов стабилизации в виде сочетания заднего спондилолиза с транспедикулярной фиксацией позвоночника (21,6%) или конструкциями из никелида титана (4,9%). Дифференцированное и оптимальное применение различных способов стабилизации и фиксации позвоночника после удаления грыж межпозвоночных дисков позволяют получить благоприятные результаты у большинства больных с компрессионными формами поясничного остеохондроза, сопровождающихся нестабильностью позвоночника.

Разработанная тактика хирургического лечения больных компрессионными формами поясничного остеохондроза, сопровождающихся нестабильностью позвоночно-двигательного сегмента, дает возможность достичь хороших и удовлетворительных исходов у 96,1% больных. Неудовлетворительные исходы были обусловлены развитием рубцово-спаечного процесса.

Вывод. Предпринята систематизация различных хирургических вмешательств, используемых при лечении нестабильности позвоночника, в зависимости от поражения тех или иных отделов позвоночно-двигательного сегмента.

Показания к каждому виду фиксации позвоночника определяются, прежде всего, данными клинικο-неврологического осмотра и комплексной лучевой диагностики (обзорная и функциональная спондилография, КТ и МРТ пояснично-крестцового отдела, а также позитивная миелография).

Существенное значение в диагностике поражения различных отделов позвоночно-двигательного сегмента имеет степень выраженности листеца вышележащего позвонка, степень снижения высоты межпозвоночного пространства и отверстия.

Строгое соблюдение показаний и противопоказаний к определенному виду стабилизации позвоночника позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов в 96% случаях при хирургическом лечении компрессионных форм поясничного остеохондроза и «синдрома неудачно оперированного позвоночника».

ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И СПОСОБЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Х.Х. Ширинова, Н.Н. Хабибова
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность исследований. Патология пародонта, будучи весьма распространенной, с возрастом прогрессирует, и к 40 годам ею страдают практически 100% населения. Часто заболевания пародонта

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

протекают бессимптомно, поэтому для их ранней диагностики и профилактики необходимо комплексное обследование и характеристики состояния защитных факторов полости рта у больных.

Несмотря на значительное число ежегодных исследований, посвященных проблеме заболеваний пародонта, как в нашей республике, так и за рубежом, многие аспекты патогенеза, клинических вариантов осложнений, его своевременной диагностики и эффективной профилактики остаются неясными, спорными и малоизученными. Одним из недостаточно изученных вопросов проблемы является клиника, диагностика и профилактика генерализованного пародонтита у лиц, страдающих фоновыми заболеваниями и в особенности их ассоциацией. Между тем, в последнее десятилетие отмечается тенденция к значительному возрастанию сочетающихся форм соматической патологии у больных пародонтитом.

Современные литературные данные свидетельствуют о том, что существует этиопатогенетическая взаимосвязь между ожирением и заболеваниями пародонта [1].

Жировая ткань является мощным эндокринным органом, находящимся в состоянии так называемого асептического воспаления. Жировые клетки, выделяют целый ряд гормонов, цитокинов, провоцирующих развитие воспалительных заболеваний, имеющих общие патофизиологические основы с ожирением и пародонтитом [3]. Существует тесная взаимосвязь между ожирением и воспалением, которая отражается концентрацией в плазме крови С-реактивного белка (СРБ) [4].

В исследовании Boucher N.E., Hanrahan J.J. и Kihara F.Y. в 1967 году была показана связь между СРБ в сыворотке крови воспалительными заболеваниями полости рта. Последние данные показали, что у пациентов с различными формами пародонтита имеется повышенный уровень СРБ. Но они не показывают, что пародонтит был причиной наблюдаемых уровней СРБ в сыворотке крови [5].

Недавние исследования показывают, что гормон лептин, первоначально известный своим воздействием на регулирование массы тела, метаболизм и функцию воспроизводства, так же может быть частью некоторых воспалительных заболеваний путем воздействия на врожденный и приобретенный иммунный ответ. Дефекты в экспрессии гена производства лептина или его рецепторов (генный диабет) могут стать причиной крайней степени ожирения [6].

Целью настоящего исследования является на основании клинико-лабораторных исследований оценить частоту распространенность и особенностей клинического течения и взаимосвязи между заболеваниями пародонта и избыточной массой тела. А также разработка пути профилактики.

Материалы и методы исследования. Обследованы 47 пациентов (из них 30 - с ожирением) в возрасте 25-45 лет (45±2,3 года), из них 29 женщин и 18 мужчин. Состояние тканей пародонта оценивали с помощью клинических (определение глубины зубо-десневых карманов; степени рецессии десны Mulleman; индексов: гигиены Федорова-Володкиной, РМА, РВІ, СРІТN, Russel) и параклинических (ортопантомография) методов обследования и ультразвуковой доплерографии. Полученные данные были статистически обработаны.

Результаты исследования. По итогам анализа результатов клинического и рентгенологического исследования диагноз хронический генерализованный пародонтит (ХГП) был поставлен 93,3% пациентам. У пациентов контрольной группы ХГП был диагностирован только у 42,7% пациентов. При сравнении степени тяжести патологии пародонта в основной и контрольной группах при помощи корреляционного анализа получены достоверные различия между группами ($I=184,0$; $p<0,0001$).

Данные ультразвуковой доплерографии выявили обратную корреляционную взаимосвязь между клиническим диагнозом и показателями нарушений регионарного кровообращения тканей пародонта ($r=0,72$, $p=0,001$).

Выводы. 1. На основании анализа литературы и клинико-статистических исследований выявлена этиопатогенетическая взаимосвязь между тяжестью изменений в пародонте и ожирением.

2. Существует необходимость комплексного подхода в лечении и профилактике ожирения в сочетании с заболеваниями пародонта.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛОПИДОГРЕЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шокиров А., студент 3-курса фармакологического факультета

Научный руководитель: Тургунов М.А.

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Наиболее актуальная задача кардиологии - предотвращение сердечно-сосудистых осложнений (ССО). В соответствии с рекомендациями Американской ассоциации сердца и Коллегии кардиологов 2006 года основными компонентами профилактики являются: прекращение курения, контроль артериального давления, достижение целевых значений липидов, регулярная умеренная физическая активность, контроль массы тела и гликемии, применение антиагрегантов и антикоагулянтов, блокаторов системы ренин-ангиотензин-альдостерон, б-блокаторов, вакцинация против гриппа. При первичной и вторичной профилактике атеросклероза назначение антиагрегантов (в первую очередь ацетилсалициловой

кислоты – АСК) целесообразно и показано всем лицам с высоким риском ССО при отсутствии противопоказаний.

Цель исследования. Изучить эффективность применения клопидогрела у больных ишемической болезнью сердца

Материалы и методы исследования. Клиническая эффективность клопидогрела в виде монотерапии у больных хронической ИБС в клинике АГМИ. В него были включены 85 больных с клиническими проявлениями атеросклероза: ИМ, ишемический инсульт, поражение периферических артерий.

Результаты исследования. Абсолютное снижение риска всех серьезных сосудистых событий за 2 года терапии показано для пациентов с ИМ или инсультом в анамнезе и для больных со стабильной стенокардией ($p=0,0005$), периферическим атеросклерозом ($p=0,004$) и мерцательной аритмией ($p=0,01$), а также за 3–4 недели терапии у больных с острым ИМ или инсультом. Польза антиагрегантной терапии существенно перевешивает связанный с ней риск больших экстракраниальных кровотечений. Наиболее изученным антиагрегантом является АСК в суточной дозе 75–150 мг, по крайней мере, такой же эффективной, как и более высокая дозировка. Клопидогрел приводил к снижению частоты серьезных сосудистых событий на 10% по сравнению с АСК.

Больные получали клопидогрел 75 мг или АСК 325 мг/сут. в течение 1–3 лет. Клопидогрел приводил к значимому снижению частоты новых ишемических осложнений (ИМ, ишемического инсульта, и сердечной смерти): отмечено 939 событий в основной и 1020 – в контрольной группе (снижение относительного риска – 8,7%, $p=0,043$). Максимальная польза достигнута в отношении снижения риска ИМ (на 19,2%). Кроме того, было установлено достоверное снижение частоты повторных госпитализаций по поводу ишемических событий или кровотечений у больных, получавших клопидогрел, по сравнению с теми, кто принимал АСК: с 13,7 до 12,6% (снижение относительного риска – 7,9%).

Последующий анализ исследования позволил выделить 5 групп больных высокого риска, у которых польза от применения клопидогрела наиболее значима: операция аорто–коронарного шунтирования (АКШ), наличие более одного ишемического события в анамнезе; поражение нескольких сосудистых бассейнов; сахарный диабет и гиперхолестеринемия.

Вывод. В заключение необходимо подчеркнуть, что длительное применение клопидогрела является эффективным и безопасным методом вторичной профилактики сердечно - сосудистых осложнений у больных с различными формами ишемической болезни сердца (в том числе при операциях реваскуляризации миокарда).

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Шокирова Д.Б., студентка 221 группы лечебного факультета
Юлдашева Г.Т., ассистент кафедры факультетской терапии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких - одна из главных причин заболеваемости и летальности и занимает 4-е место в общей популяции. Сердечно - сосудистые заболевания (ССЗ) у пациентов с ХОБЛ выявляются приблизительно в 50%. Повышенный риск сердечнососудистых осложнений у пациентов с ХОБЛ, по мнению ряда исследователей, обусловлен наличием системного воспаления у данных пациентов. Известно, что маркерами системного воспаления как при ХОБЛ, так и при атеросклерозе являются увеличение концентраций воспалительных медиаторов, в том числе С-реактивного белка (СРБ), фактора некроза опухоли альфа (ФНО-а), интерлейкина-4, интерлейкина-6. В настоящее время большое внимание отводится изучению при разнообразных патологических процессах различных растворимых форм адгезивных молекул, относящихся к новому классу иммунорегуляторных микрочастиц.

Цель исследования: оптимизация диагностики ремоделирования миокарда у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения II, III функциональных классов с учетом структурных и функциональных особенностей.

Материалы и методы исследования. Критерии включения: пациенты с ХОБЛ II-IV спирометрических стадий, пациенты с ИБС, стенокардией напряжения II, III функциональных классов, пациенты с сочетани-ем ХОБЛ II-IV спирометрических стадий и ИБС, стенокардией напряжения II, III функциональных классов. Критерии ис-ключения: декомпенсированное хроническое легочное сердце, персистирующие нарушения ритма (фибрилляция предсердий, трепетание предсердий), пневмония, нестабильная стенокардия, острый и перенесенный инфаркт миокарда, ХСН II- III стадий.

Результаты исследования. В зависимости от наличия сопутствующей ИБС были выделены следующие группы пациентов: 1-ая - с ХОБЛ без сопутствующей ИБС ($n=56$); 2-ая - с ХОБЛ + ИБС ($n=31$), причем у 5 человек из этой группы имела место стенокардия напряжения II ФК и у 26 человек - стенокардия напряжения III ФК. В 3-ю группу вошли пациенты с ИБС ($n=36$), преимущественно со стенокардией

напряжения ШФК. В группу контроля вошли клинически здоровые лица, у которых отсутствовали нарушения спирометрических показателей и ЭКГ, сопоставимые с обследуемыми пациентами по полу и возрасту (30 человек, средний возраст $52 \pm 1,2$ года, из них мужчин -19, женщин - 8). ИБС была диагностирована специалистом -кардиологом на основании результатов холтеровского мониторинга ЭКГ, выполненного в период настоящей или предыдущих госпитализаций; у 37% - ранее выполненной коронарографией. Пациентам в группах ХОБЛ+ИБС, ИБС была назначена кардиотропная терапия (и-АПФ, блокаторы Са-каналов, антиагреганты, нитраты, статины), селективные бета-адреноблокаторы (в группе ИБС).

Вывод. Были использованы общеклинические и специальные методы исследования. Диагностика ХОБЛ осуществлялась согласно клиническим рекомендациям [GOLD, 2012], а тяжесть течения устанавливалась по результатам спирографии с учетом значения ОФВ₁ и снижения индекса ОФВ₁/ФЖЕЛ меньше 70%. Степень дыхательной недостаточности (ДН) определяли по данным пульсоксиметрии. Выраженность одышки оценивалась по шкале Medical Research Council (mMRC). ИКЧ рассчитывали по формуле: ИКЧ (пачек/лет) = количество выкуренных в сутки сигарет $\times$ стаж курения (годы)/ 20. ИКЧ > 10- достоверный фактор риска развития хронической обструктивной болезни легких.

ВЛИЯНИЕ ЛЕСБОХОЛА НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВ ЖЕЛУДКА, ВЫЗВАННЫХ БУТАДИОНОМ

Эгамбердиев Ж.Ж. - магистр

*Научные руководители: Загруддинов Ф.Ф., Болтабаева Д.Ф. - старшие преподаватели
кафедры фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии.*

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В настоящее время нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) активно используются в клинической практике и повседневной жизни при широком круге заболеваний и входят в арсенал врачей разных специальностей. Ежедневно в мире свыше 30 млн человек употребляют НПВС как обезболивающие, противовоспалительные и антиагрегантные средства. В конце прошлого и начале нынешнего столетия отмечается тенденция к увеличению потребления НПВС в 2–3 раза каждые 10 лет. В течение года число принимающих НПВС составляет более 300 млн человек, при этом лишь 1/3 из них принимают НПВС по назначению врача. В Республике Узбекистан частота развития язвенной патологии также высока. Временная не трудоспособность, инвалидизация населения, а в тяжелых случаях и смерть - все это отрицательные последствия язвенной болезни.

Методы исследования. Для эксперимента отбираются крысы, которые делятся на 3 группы по 6 штук с массой тела по 160-240г. Первая группа считается контрольной и крысам первой группы в течении 3 дней соответственно массе тела животных дается 100 мг/кг бутадиона и дистиллированной воды. Вторая группа считается экспериментальной группой и крысам второй группы в течении 3 дней вводится 50 мг/кг сухой экстракт лесбохола и 100 мг/кг бутадиона перорально. Третья группа считается сравнительной группой и крысам этой группы дается 75 мг/кг глицирама и 100 мг/кг бутадиона в течении 3 дней. Через три дня остановили введение бутадиона. Крысам первой группы дают дистиллированную воду в течении 5 дней, крысам второй экспериментальной группы в течении 5 дней вводится сухой экстракт лесбохола, крысам третьей группы дается 75 мг/кг глицирама в течении 5 дней. Желудки крыс извлекаются и изучаются визуально-макроскопическим путем. Чаще язвы располагались в железистой части желудка и имели вид обширных эрозий. При внешнем осмотре мукозная оболочка отечная, синюшная с плохо выраженной складчатостью с обширными участками кровоизлияний. Определяются количества язв в желудке и их площадь мм². Полученные данные были статистически обработаны по критериям Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от формы язв мы разделили их на 4 группы это: мелкие точечные язвы, крупные язвы, полосовидные язвы и общее число язв. В первой контрольной группе общее число язв составила $25,5 \pm 1,18$ и из них $8,7 \pm 0,5$ мелкие точечные язвы, $6,6 \pm 0,12$ крупные язвы и $10,2 \pm 0,6$ полосовидные язвы. Во второй экспериментальной группе общее число язв составила $10,0 \pm 0,5$ и из них $4,5 \pm 0,18$ мелкие точечные язвы, $3,7 \pm 0,12$ крупные язвы и $1,8 \pm 0,2$ полосовидные язвы. В третьей сравнительной группе общее число язв составила $17,7 \pm 1,02$ и из них $6,8 \pm 0,46$ мелкие точечные язвы, $5,3 \pm 0,13$ крупные язвы и $5,6 \pm 0,43$ полосовидные язвы. Из этого следует, что во второй группе принимавшего лесбохол по сравнению с первой контрольной группой уменьшилась на 61,6%, а по сравнению с третьей группой уменьшилось на 34%.

Выводы. Исходя из выше изложенного можно сказать, что новый отечественный препарат Лесбохол в экспериментальных условиях проявляет выраженное защитное действие на слизистую желудка. Лесбохол в качестве потенциального высоко эффективного противоязвенного средства, представляет практический интерес и может быть рекомендована для профилактики и лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ

*Студентка 4 курса Эгамбердиева Нозима
Руководитель: Абдуллаева Малика Азимовна
Кафедра акушерства и гинекологии №1.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблема воспалительных заболеваний половых органов женщин является до настоящего времени актуальной ввиду большой частоты осложнений, малоэффективности проводимой терапии, нередко возникающей лекарственной аллергии.

Широкое внедрение в клиническую практику методов лазерной терапии обусловлено высокой эффективностью воздействия на ткани и целостный организм низкоинтенсивного излучения.

Цель исследования. Изучить сравнительную эффективность применения низкоинтенсивной лазерной терапии при хроническом сальпингоофорите.

Материал и методы исследования. Для лечения хронического сальпингоофорита нами применена низкоинтенсивная лазерная терапия. Для сравнения результатов больные хроническим сальпингоофоритом были разделены на 2 группы: 30 женщин 1-я группа, которым лазерная терапия проводилась как важная часть комплексного лечения на фоне обычной неспецифической противовоспалительной терапии (биостимуляторы, витамины спазмолитики и др.); 30 женщин 2-я группа - лазерная терапия проводилась как монотерапия (в более легких случаях). Лечение начиналось с 5-7 го дня после начала менструации.

Результаты исследования. В I ой группе у трети больных после 1-2 сеансов наблюдалось некоторое обострение воспалительного процесса: увеличение придатков, усиление их болезненности.

После 3-4 сеансов произошло заметное рассасывание воспалительного инфильтрата в малом тазу, улучшилось общее самочувствие, эмоционально-психическое состояние. У больных с рубцово-спаечными изменениями в органах малого таза наблюдалось исчезновение или значительно уменьшение болевого синдрома. Нормализовались показатели иммунитета.

У II группы больных заметное улучшение состояния, рассасывания воспалительного инфильтрата в малом тазу отмечалось после 5-6 сеансов.

Вывод. Таким образом, применение низкоинтенсивной лазерной терапии в комплексном лечении является эффективным методом терапии при хроническом сальпингоофорите.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

*Эамов С., Батиров Ж.А., Носиров М.М.,
Изатуллаев И.Р., Батиров А.К., Расулов М.Т.
Андижанский медицинский институт*

Во время оперативного вмешательства по поводу ЯБДПК хирурги нередко сталкиваются со значительными техническими трудностями, связанными с удалением ДЯ. Такие язвы исследователи именуют «трудноудаляемыми» или «трудными».

За период с 2001 по 2020 годы на базе кафедры хирургических болезней и урологии АндГосМИ по поводу ЯБДПК оперированы 1567 больных. При этом «трудные» дуоденальные язвы (ДЯ) диагностированы у 494 (31,5%) пациентов. Из них в плановом порядке оперированы 364(73,7%) пациентов и в экстренном - 130 (26,3%).

Так как хирургическая тактика у пациентов, оперированных в плановом и экстренном порядке была различной, предметом нашего исследования, явились лишь пациенты с «трудными» ДЯ, поступившие в клинику в плановом порядке. С 2001 годов при «трудных» ДЯ нами выполнялись лишь резекционные методы в различных модификациях. В этой связи, предметом настоящего исследования явились 262 пациентов с «трудными» ДЯ.

Нами, также проведено исследование и сопоставление показателей желудочного сока у 126 больных с «трудными» ДЯ и 83 больных с неосложненным течением ЯБДПК. Для клинической оценки полученных результатов его показатели исследованы у 50 здоровых лиц.

У здоровых лиц БПК составила $3,9 \pm 0,8$ ммоль/час, а МПК $18,4 \pm 0,9$ ммоль/час. При этом, средние показатели БПК у пациентов группы сравнения оказались $7,9 \pm 0,7$ ммоль/час, а при «трудных» ДЯ $12,6 \pm 1,2$ ммоль/час. Итак, у пациентов исследуемой группы показатели БПК превышали аналогичные показатели у здоровых лиц в 3,2 раза, а по отношению к группе сравнения - в 1,5 раза.

Немаловажную роль играет также и определение пепсина в желудочном соке. Исследованием пепсина в составе желудочного сока установлено, что БПП у здоровых лиц в среднем оказалось $47,6 \pm 3,9$ мг/%, а МПП - $94,5 \pm 10,1$ мг/%. При этом, средние показатели БПП в группе сравнения оказалась $68,7 \pm 7,2$ мг/%, а МПП - $166,3 \pm 15,3$ мг/%. В исследуемой группе показатели базальной и максимальной продукции

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

пепсина оказались $89,9 \pm 8,4$ мг/% и $192,4 \pm 17,3$ мг/%, соответственно. В целом, наши исследования показали, что базальная и максимальная продукция пепсина у здоровых лиц, у группы сравнения и у исследуемой групп сохраняют аналогичную тенденцию.

Однако следует отметить, что эти данные (среднестатистические) не отражают истинного состояния. На их фоне встречались больные с нормо- и гипоацидностью показателей желудочного сока, требующие индивидуального подхода к выбору метода операции. Отсюда следует, что необходимо учитывать эти обстоятельства, иначе это может привести к неправильному выбору метода операции и дискредитации метода.

По данным рентгенологического исследования у здоровых лиц (50) эвакуация из желудка имела порционно-ритмический характер. У подавляющего эвакуация из желудка имела порционно-ритмический характер. У подавляющего желудка имел крючкообразную форму. Овальный газовый пузырь, не утолщенные продольные складки слизистой, отчетливая, но усиленная перистальтика. Таковы основные рентгенологические признаки, которыми можно охарактеризовать желудок здоровых людей.

При рентгенологическом исследовании пациентов группы сравнения (60 больных) по сравнению со здоровыми лицами эвакуация заканчивалась через 1 - 1,5 часа, т.е. эвакуаторная функция желудка была умеренно ускоренной. При этом, отличительными были выраженный отек слизистой и умеренная деформация слизистой луковицы ДПК.

У пациентов исследуемой группы (132) моторно-эвакуаторная функция желудка зависела в основном от степени пилородуоденального стеноза. Симптом «ниши» у подавляющего большинства больных определялся четко. Функциональные нарушения были еще более выраженными и стойкими, что было взаимосвязано с длительностью заболевания.

Наряду с рентгенологическими исследованиями нами проведена НРГГ. При этом, больные с «трудными» ДЯ с пилородуоденальным стенозом анализу не подлежали.

Исследованиями эвакуаторной функции желудка установлено, что у пациентов группы сравнения, а тем более у пациентов исследуемой группы, отчетливо сокращается период полувыведения и %-остаточной активности принятой пищи через 1 час. При этом у здоровых лиц показатели остаточной активности принятой пищи через час (%) и период полувыведения (в мин) составили $38,6 \pm 3,8$ и $29,5 \pm 2,9$, соответственно. У пациентов группы сравнения - $35,1 \pm 1,5$ и $23,6 \pm 1,4$, соответственно и у пациентов исследуемой группы - $21,8 \pm 0,6$ и $21,3 \pm 0,5$, соответственно.

Различия средних показателей остаточной активности принятой пищи и период полувыведения у здоровых лиц, у группы сравнения и основной групп оказались статистически достоверными. Однако, следует отметить, что у исследуемой группы осложненным компенсированным стенозом привратника, эвакуаторная функция желудка была компенсирована за счет нормализации в последующие отрезки времени. У пациентов исследуемой группы, осложненными декомпенсированным стенозом привратника, имеется полное нарушение эвакуаторной функции желудка.

Таким образом, показатели секреторной функции желудка имеют тенденцию к росту, с достоверными отличиями по сравнению с неосложненным течением ЯБДПК. Вместе с тем, МЭФЖ, в основном, зависела от степени ПДС. Полученные данные явились основанием к пересмотру основных принципов лечения пациентов с «трудными» ДЯ.

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНГАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

*Эгамов С., Батиров Ж.А., Изатуллаев И.Р.,
Носиров М.М., Батирова А.К., Расулов М.Т.
Андижанский медицинский институт*

Просмотрев литературные данные, мы пришли к заключению, что «трудными» ДЯ следует считать: гигантские (более 2 см в диаметре) и/или каллэзные язвы переднебоковых и задней стенок луковицы постбульбарного отдела (ниже сфинктера Капанаджи), и «зеркальные» язвы, сопровождающиеся пенетрацией в окружающие ткани и органы, а также выраженными рубцово- воспалительными деформациями кишки при сочетании их с осложнениями язвенной болезни.

С 2010 года при «трудных» ДЯ нами выполнялись лишь резекционные методы в различных модификациях. В этой связи, предметом настоящего исследования явились 262 пациентов с «трудными» ДЯ.

Согласно поставленной цели и задачам мы исследовали некоторые типологические особенности у пациентов с «трудными» ДЯ. Для этого выделили группу сравнения из числа пациентов с ЯБДПК без осложненного течения за период с 2001 по 2010 годы, что составило 94 пациента.

В группе сравнения ЯБ диагностирована у мужчин в 71 (75,5%) случаев, а у женщин в 23 (24,5%), с соотношением 3:1. Тогда как в исследуемой группе у мужчин в 238 (90,8%) случаев, а у женщин лишь в 24 (9,2%), с соотношением 10:1. Отсюда очевидно, что при «трудных» ДЯ заболеваемость у лиц мужского пола существенно превалирует над лицами женского пола.

ЯБ в группе сравнения диагностирована, в основном в возрасте 19-44 года – 88 (91,5%), т.е. в юношеском и молодом возрасте. Тогда как в исследуемой группе, в возрасте 19-59 (89,0%), то есть в молодом и зрелом возрасте. Следует отметить, что «трудные» ДЯ могут диагностироваться и в возрасте до 19 лет, т.е. в юношеском возрасте – 39 (14,9%). Это еще раз подтверждает тот факт, что «трудность» язвы определяется её локализацией, характером осложнений и степенью её активности, т.е. наличием широкой зоны периаульцерозной воспалительной инфильтрации.

В группе сравнения основной контингент составили пациенты с длительностью язвенного анамнеза до 6 лет – 76 (80,9%), тогда как в исследуемой длительность язвенного анамнеза составила 11-15 лет - 213 (81,2%) пациентов. Следует отметить, что в исследуемой группе длительность язвенного анамнеза 16 лет и более диагностирована у 36 (13,9%) пациентов, тогда как в группе сравнения такая длительность язвенного анамнеза не установлена.

Вместе с тем, при анализе анамнеза заболевания у пациентов группы сравнения установлен относительно короткий язвенный анамнез, сохранялась сезонность и периодичность проявлений болезни; симптомокомплекс заболевания легко поддавался противоязвенному лечению, и отмечалась стойкая ремиссия после проведенного курса лечения. У больных же исследуемой группы болезнь имела частое и непрерывно-рецидивирующее течение, нередко диагностирован «гиперсекреторный» синдром, а также стойкий и выраженный болевой синдром, а также ДЯ длительное время (более 6 месяцев) не поддавалась комплексному противоязвенному лечению при каждом обострении.

В группе сравнения обострение болезни отмечалось один раз в 2-5 лет в 76 (80,9%) случаев, тогда как в исследуемой группе - 2-4 раза в год – в 220 (84,0%). Также в группе сравнения установлена локализация болей в подложечной и эпигастральной области в 73 (77,6%) случаев, тогда как в исследуемой группе – в эпигастральной области и правом подреберье с иррадиацией – в 196 (74,8%). Характер болевого синдрома был связан с приемом пищи в 85 (90,4%) случаев и не связан с приемом пищи - у 9 (9,6%) пациентов. В отличие от этого, в исследуемой группе характер болевого синдрома был связан с приемом пищи у 98 (37,4%) случаев и не связан - у 164 (62,6%). Диспептические расстройства в виде отрыжки (48,9%), тошноты (31,9%) и изжоги (46,8%) были выражены умеренно и диагностированы у менее 50% пациентов, а рвота лишь у 9 (9,6%). В исследуемой группе диспептические расстройства в виде отрыжки (63,7%), тошноты (70,6%) и изжоги (85,5%) были более выраженными, а рвота установлена у 158 (60,3%) пациентов. В группе сравнения дефицит массы тела у 59 (62,8%) пациентов не наблюдался. Дефицит массы тела до 5 кг установлен у 24 (25,5%) и от 5-10 кг – у 11 (11,7%) случаев. В исследуемой группе, дефицит массы тела 5-10 кг установлен в 142 (54,2%) случаев, дефицит массы тела 11-20 кг - в 46 (17,6%) и более 20 кг - в 9 (3,4%).

Таким образом, у пациентов ЯБДПК при «трудных» ДЯ установлены ряд типологических особенностей, что имеет важное клиническое значение в плане выбора метода хирургического лечения и оптимизации хирургической тактики.

МЕРЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПНОГО РИНОСИНУЗИТА

*Эргашев А.А., магистр 3-курса кафедры оториноларингологии
Научный руководитель: Пардаев Э.А., к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Полипозный риносинусит - хроническое воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивированием полипов. В настоящее время, несмотря на множество проведенных исследований, и предложенных методов лечения, полипозный риносинусит, остается одной из наиболее проблемной и нерешенной патологией в современной оториноларингологии. При полипозном риносинусите значительно снижается качество жизни больных. В первую очередь это дискомфорт из-за затруднения, а нередко и отсутствия носового дыхания; снижение, отсутствие или извращенное обоняние, патологическое отделяемое из полости носа, чувство тяжести и боли в области околоносовых пазух, состояния хронической гипоксии и головные боли, слабость, быстрая утомляемость и т.д.

Цель исследования. Внедрение в практику лечение полипозных риносинуситов эндоскопическим методом путем определения степени их распространенности

Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование с использованием назального спрея «Синулор». Под нашим наблюдением в периоде с 2019 по 2021гг. находились 68 больных в с острыми и хроническим ринитом и риносинуситом в возрасте с 3 до 10 лет находившихся на лечении на кафедре оториноларингологии в клинике Андижанского государственного медицинского института, а также в многопрофильной детской поликлинике. Применялся назальный спрей «Синулор» для промывания полости носа для детей во флаконе 125 мл. Использовали для орошения полости носа 3 раза в день.

Результаты исследования. С целью выявления основных этиологических причин развития хронического полипозного риносинусита изложен ретроспективный анализ историй болезни и архивные данные 54 больных, которые находились на лечении до нашего исследования.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

В связи с гетерогенностью данных из разных стран о взаимосвязи клеточного состава полипов с национальностью и местом жительства пациентов ПРС [41,60] для выявления клинических и патоморфологических особенностей ПРС были собраны разработанных нами анкеты, заполненных лечащими врачами, с данными 54 пациентов направленных на хирургическое лечение с диагнозом ПРС. По договоренности с врачами в регионах пациенты, которые находились в течение определенного времени на стационарном лечении по поводу ПРС, были отобраны методом случайного отбора.

Из хирургических вмешательств чаще выполнялись полипотомия носа у 27 (50,0%), полипотомия носа вместе с гайморотомией у 20 (37%) больных, из методов хирургического лечения заболеваний носа выполнялась подслизистая резекция носовой перегородки у 7 (13%)

В анамнезе у 34 (62,3%) больных установлено наличие длительного воспалительного процесса и аллергического фона. Приведённые в анамнестических данных длительность течения воспалительных заболеваний околоносовых пазух и аллергический фон является основным фактором, влияющим на развитие хронического полипозного риносинусита.

Вывод. 1. Анализ историй болезней пациентов полипозным риносинуситом и результаты отдаленного наблюдения показал практическую ценность выделения больных по ведущему этиологическому и патогенетическому признаку.

2. В группе больных, где ведущей причиной ПР является нарушение аэродинамики в полости носа и околоносовых пазух положительный результат был получен от 96% до 94,33% в каждой из наблюдаемых групп только в результате хирургического лечения.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ

Студентка 206А группы медико педагогического факультета Эргашева Д.А.

Заведующий кафедрой: профессор Салахиддинов З.С. Кафедра ВОП №1.

Научный руководитель: старший преподаватель Махсумова Д.К., Кафедра ВОП №1.

Андижанский Государственный медицинский институт

1. Для эффективной профилактики и контроля ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции необходимо создание региональных программ с учетом результатов эпидемиологических исследований у ВИЧ-позитивного населения.

2. Среди ВИЧ-инфицированного населения ХГДЗ выявлены у 59,6%, из них у 16,1% - хронические гастродуодениты, у 19,5% - язвенная болезнь желудка и у 24,3% - язвенная болезнь 12-перстной кишки. Распространенность ХГДЗ увеличивается с возрастом и ВИЧ-инфицированные мужчины достоверно чаще страдают гастродуоденальными патологиями.

3. Распространенность основных факторов риска ХГДЗ в популяции ВИЧ-инфицированных имеет этнические и возрастные особенности и в целом составляет: НРП – 32,5%, ЕСМ – 53,5%, ПерЕ – 49,7%, ППН – 45,2%, ЗОП – 89,3%, ЗЖП – 94,5%, ЗЧК – 96,6%, ЗНЛС – 26,0%, НПОИФ – 71,8%, ПНВ – 29,2%, употребление наса – 40,9%, курение – 30,6%, УА – 31,7%, НФА – 88,5%, НДСЖА – 64,9%, НОС – 57,0%, НСС – 88,6%, СФ – 33,5%, НСФ – 41,6%, ПЖБУ – 53,6%, ГБИ – 94,3%, НФ – 13,8%, ПМТ – 83,0%, ИМТ – 4,1%, КПАФ – 86,4%, ГХС – 33,1%, ГТГ – 36,6%, ГKK – 72,2%, ГКЦ – 28,8% и ГНМ – 89,2%.

4. На фоне ВИЧ-инфекции ХГДЗ характеризуются неуклонно прогрессирующим и в подавляющем большинстве случаев (46,7%) атипичным клиническим течением. Причинами ускорения «конечных эпидемиологических точек» у больных являются нарастание виремии с одновременным снижением количества CD4+-Т-лимфоцитов с дисфункцией иммунной системы и ассоциированные патологические состояния или оппортунистические инфекции.

5. Установлено, что между 30-ю факторами риска и ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции имеется взаимозависимость. В наибольшей степени такая взаимозависимость установлена с НФА, ГБИ, ЗЧК, ЗОП, ЗЖП, ГНМ, НПОИФ и НДСЖА. В несколько меньшей степени связь ХГДЗ выявляется с ГKK, КПАФ, ЕСМ, ПерЕ, ПМТ, НСС, НОС, употреблением наса, УА, НРП, ППН, курением и ПНВ. В наименьшей степени прямая коррелятивная связь ХГДЗ отмечается с НСФ, ПЖБУ, ГХС, ГТГ, ЗНЛС, СФ, ГКЦ, НФ и ИМТ.

6. Мониторинг ХГДЗ и модификация отмеченных ведущих факторов риска с использованием разработанных нами моделей профилактики потенциально способна приостановить преждевременного континуума от ХГДЗ у ВИЧ-позитивного населения в 100,0% случаев

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Студентка 206А группы медико педагогического факультета Эргашева Д.А.

Заведующий кафедрой: профессор Салахиддинов З.С. Кафедра ВОП №1.

Научный руководитель: старший преподаватель Махсумова Д.К. Кафедра ВОП №1.

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».

Цель исследования: изучить распространенность социально-экономических факторов риска у ВИЧ-инфицированной популяции.

Материалы и методы: эпидемиологическое исследование осуществлялось в региональном центре по борьбе со СПИДом.

Результаты и выводы: Из ниже указанных 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 НСС 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 было 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 «прицельных» профилактических действий в отношении медико-экономических факторов риска ХГДЗ у ВИЧ-позитивного населения. Эти меры должны быть адекватны по масштабу и эффективности.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

Студентка 206А группы медико педагогического факультета Эргашева Д.А.

Заведующий кафедрой: профессор Салахиддинов З.С. Кафедра ВОП №1.

Научный руководитель: старший преподаватель Махсумова Д.К. Кафедра ВОП №1.

Андижанский Государственный медицинский институт

В настоящее время доказано, что выявление новых факторов риска и их устранение наиболее важный и результативный «инструмент в борьбе с ХГДЗ. Изучалась возрастные особенности распространенности эпидемиологических основных факторов риска ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции.

Цель исследования: оценить возрастные особенности распространенности основных факторов риска ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения.

Материалы и методы: среди репрезентативной ВИЧ инфицированной популяции проведено эпидемиологическое исследование и изучено возрастные особенности распространенности основных факторов риска гастроудоденальных заболеваний у вич-инфицированного населения.

Результаты и выводы: 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%).

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%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Эргашева М., студентка 3-курса фармакологического факультета

Научный руководитель: Худойбердиева М.Д.

*Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) – одно из самых распространенных заболеваний среди женщин развитых стран мира, занимающее первое место по заболеваемости и третье по смертности среди злокачественных новообразований в общей популяции. Ежегодно в мире регистрируется более 1 млн. новых случаев рака молочной железы.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения, удлинение сроков ремиссии и увеличение выживаемости больных с первично диссеминированным РМЖ.

Материалы и методы. За 2015–2018 гг. в исследование были включены 102 больных с первично диссеминированным РМЖ. Возраст варьировал от 28 до 76 лет, средний возраст составил 52 года. Эффективность лечения оценивалась после 2–4 курсов. При развитии резистентности прогрессирования процесса больные переводились на очередную линию химиотерапии.

Результаты исследования. Оценка эффективности лечения после проведения 4-х курсов ХТ показала, что общий объективный эффект достигнут у 37 пациенток ($75,5 \pm 6,1\%$) в I группе и 39 ($73,6 \pm 6,0\%$) – во II. Стабилизация процесса с положительной динамикой (менее 50 %), отметилась у 9 ($18,4 \pm 5,5\%$) и у 12 ($22,6 \pm 5,7\%$) пациенток, прогрессирование наступило в I и II группах в 3 ($6,1 \pm 3,4\%$) и 2 ($3,8 \pm 2,6\%$) случаях соответственно. Раздельный анализ эффективности в зависимости от применяемых схем ХТ показал, что в I группе отмечена положительная динамика в виде уменьшения размеров метастатических поражений, из них у 3 больных с язвенно-некротической формой РМЖ отмечено уменьшение язвы, стягивание краев раневой поверхности, у одной больной отметилась полная регрессия надключичных л/узлов и в печени. У 9 ($18,4 \pm 5,5\%$) больных I группы отмечалась стабилизация процесса, и у 3 ($6,1 \pm 3,4\%$) больных – прогрессирование, после чего пациенты были переведены на другую линию ХТ – таксотер + карбоплатин. Во II группе у 39 ($73,6 \pm 6,0\%$) из 53 наблюдаемых больных также была достигнута положительная динамика, из них у 2 ($3,8 \pm 2,6\%$) с множественными метастазами в легких после проведения 4-х курсов ХТ наступила полная регрессия метастатических узлов. У 12 ($22,6 \pm 5,7\%$) больных отмечена стабилизация процесса, а у 2 ($3,8 \pm 2,6\%$) – прогрессирование, после чего больные были переведены на другую линию ХТ (таблица 1). При изучении токсических проявлений установлено, что их частота и характер зависели от применяемых схем ХТ. Для больных I группы наиболее частыми побочными эффектами явились: тошнота с эпизодами рвоты (78,6 %), нейротоксичность (65,3 %) и нейтропения (33,7 %). При применении схемы, включающей паклитаксел и кселода, у 22,6 % получивших лечение пациенток наблюдался неярко выраженный ладонно-подошвенный синдром.

Вывод. В результате лечения больных с диссеминированными формами рака молочной железы и испытания 2-х режимов химиотерапии в качестве 1 и 2 линий, включающих паклитаксел + доксорубин и паклитаксел + кселода установлено, что эти режимы способствуют улучшению качества жизни пациентов, а также достижению терапевтического эффекта у 75,5 и 73,6 % больных соответственно, без усиления частоты и тяжести гематологической и негематологической токсичности.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

*Эшмаматова Ш.О. 523 – группа II – педиатрический факультет
Научный руководитель: Маматкулов И.А. – ассистент кафедры
анестезиологии и реаниматологии, детской анестезиологии и реаниматологии.
Ташкентский Педиатрический медицинский институт*

Актуальность: Травматичная боль при абдоминальных операциях у детей сопровождается гиперактивацией симпатической нервной системы, что клинически проявляется тахикардией, гипертензией и повышением периферического сосудистого сопротивления. На этом фоне у пациентов высокого риска, особенно страдающих недостаточностью коронарного кровообращения, высока вероятность резкого увеличения потребности миокарда в кислороде. Эффективность обезболивания определяется оценкой состояния жизненно-важных функций, прежде состояния центральной гемодинамики. Обезболивание таких операций можно достичь применением центральных анальгетиков (ЦА).

Цель исследования: Провести оценку эффективности комбинированной анестезии ЦА при абдоминальных хирургических вмешательствах у детей.

Материалы и методы: Исследованы 24 больных (4-14 лет) которым проводилось оперативное вмешательство при абдоминальных патологиях с применением ЦА. Пациенты разделены на 2 группы: 1- группа 14 больных, которым проводилось КА с применением промедола (1,5 мг/кг) и раствор оксибутирата натрия (100 мг/кг); 2 – группа 10 больных, которым проводилась КА с применением фентанила (5 мкг/кг) и пропофола (2 мг/кг). Обе группы были сравнимы по основным антропометрическим показателям. Исследовались параметры центральной гемодинамики методом ЭхоКГ с мониторингом показателей АДс, АДд, АДср, ЧСС, сатурации кислорода.

Результаты и обсуждения: В результате проведенных исследований было выявлено, что в вводный период проведение анестезии имеет существенное значение на последующие этапы анестезиологического пособия. Результативность КА у пациентов 2 – группы ознаменовалось стабильностью показателей центральной гемодинамики. Однако, у пациентов 2-группы имелось некоторые особенности в виде тенденции снижения показателя ОПСС на 8,7%, СИ на 4,5%, САД на 3,6%. Пробуждение от наркоза у пациентов 1-группы был позднее на 35,0±1,12 мин.

Вывод: Таким образом КА с применением фентанила и пропофола характеризовалась относительной стабильностью показателей центральной гемодинамики, и соответственно эффективность обезболивания и относительно ранним пробуждением больных в после операционном периоде.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЛЕКАРСТВЕННО- УСТОЙЧИВЫХ ОЧАГАХ

*Ш.Юсупов (студент 5 курса педиатрического факультета)
Научный руководитель: Б.Т.Батирова, ассистент кафедры фтизиатрии
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность: В Узбекистане как и в других районах Центральной Азии существует проблема частоты заболевания среди лиц проживающих с больными лекарственно- устойчивым туберкулезом. Среди них особое место занимают дети, что немаловажное значение имеет социальность заболевания. Заболеваемость в очагах выше чем общая заболеваемость.

Целью исследования явилось: изучение наиболее значимых факторов, способствующих заболеванию контактов в лекарственно устойчивых очагах и меры профилактики развития туберкулеза у контактных .

Материалы и методы исследования : в разработку включены 59 пациентов с множественной лекарственной устойчивостью. У данных пациентов множественная лекарственная устойчивость выявлена методом ПЦР в реальном времени на аппарате GeneXpertRif.

Результаты исследования и их обсуждение: из 59 пациентов с множественной лекарственной устойчивостью - 36 имели контакт с больными туберкулезом.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: лиц женского пола было 15; мужской пол- 21. Наибольший процент случаев заболевших контактов приходится на возраст от 12 лет и младше. Изучение анамнеза данных контактов наиболее часто выявлен контакт с родителями- у 32 пациентов(89%). У детей ведущей клинической формой был туберкулез внутригрудных лимфатических узлов - преимущественно инфильтративная, у 1 детей выявлено осложнение в виде экссудативного плеврита. У 10 детей диагностирован первичный туберкулезный комплекс. У 1 пациентов установлен диссеминированный туберкулез и поражение периферических лимфатических узлов. Изучения методов выявления туберкулеза у контактных детей установило, что основная масса выявлена после постановки туберкулиновой пробы.

В целях дифференциальной диагностики с неспецифическими заболеваниями бронхо- легочной системы со схожей рентгенологической картиной, при отрицательной пробе Манту у 16 детей, именно

Диаскинтест и в последующем исследование мокроты методом ПЦР в реальном времени установил у них лекарственно устойчивый туберкулез.

Выводы: Таким образом, контактные дети из лекарственно устойчивых очагов диагностируются в процессе дифференциальной диагностики с неспецифическими заболеваниями бронхо- легочной системы. Это диктует семейным врачам, необходимость более тщательного обследования контактных лиц из очагов лекарственно устойчивого туберкулеза. Необходимо формировать ответственность врачей общей практики в отношении развития туберкулеза у контактных лиц в очагах с лекарственно устойчивым туберкулезом.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

*Юсупова Н.А, Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н.
кафедра факультетской терапии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Неуклонное старение населения увеличивает удельный вес сердечнососудистых болезней в общей структуре заболеваемости. В Мире, как и в большинстве индустриально развитых стран, сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди причин смертности населения, составляя около 55% от общей смертности.

Цель исследования. Выделить особенности клинических проявлений и течения заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц, достигших предела видовой продолжительности жизни человека.

Материалы и методы исследования. Проводилось сплошное обследование долгожителей городской неслений Андижана (90 лет и старше, n=198).

Результаты исследования. Проведенное исследование поднимает вопросы механизмов формирования сердечно-сосудистого континуума. В группе обследованных долгожителей обнаружены указания на то, что нередко их родственники страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями («внезапная смерть» отца в молодом возрасте, апоплексический удар в роду). Более того, в ряде случаев они сами перенесли инфаркт миокарда, однако не у всех происходило формирование ХСН, сокращение периода дожития и снижения качества жизни, что согласуется с данными. Успешное старение несмотря на ИБС демонстрирует возможность разрыва сердечно-сосудистого континуума, тем более что обнаруженный факт согласуется с гипотезой об уменьшении возрастзависимых форм патологии на завершающем этапе человеческой жизни. Концепция J. Evert с коллегами (2003) о наличии «выживших», «получивших отсрочку» и «спасшихся» долгожителей, в том числе старше 100 лет, получает поддержку и новое освещение в виде своеобразного клинического феномена «растворения» отдельных форм сердечно-сосудистой патологии. Интерес к исследованию возрастных особенностей сердечно-сосудистой системы обуславливается не только ее физиологической значимостью, но и тем, что старение человека как физиологический процесс протекает неравномерно: на фоне угасания и ослабления одних механизмов и активизации других; включается важнейший фактор резервных возможностей организма — адаптация к новым условиям, связанным со старением, изменением функциональных систем организма.

В последнее время все большее внимание кардиологов привлекает проблема «женского сердца». Установленные гендерные различия электрофизиологических процессов в миокарде у лиц, перешагнувших 90-летний рубеж, т.е. лиц с длительным периодом после угасания половых функций, еще раз показывают сложность формирования поздновозрастной патологии сердца и актуальность раздельного изучения формирования сенильного сердца у женщин и мужчин. Среди немногочисленных исследований столетних наиболее полным можно назвать NECS, в котором, как в нашем исследовании, основную долю составили женщины.

Вывод. Все перечисленное позволяет рассматривать феномен долгожительства как состояние максимально возможной защиты от формирования и прогрессирования ишемической болезни сердца, а долгожителей — как перспективную категорию на селения для выявления антиатерогенных факторов и механизмов.

ВЛИЯНИЕ ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ НА УРОВНИ И ИСХОДЫ ФАКТОРОВ РИСКА У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

*Юсупова Н.А, Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н.
кафедра факультетской терапии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются главной причиной смертности в развитых странах. Среди факторов риска (ФР), определяющих развитие ССЗ, — мужской пол, наследственность, артериальная гипертензия (АГ), нарушения липидного спектра, курение, сахарный диабет (СД), ожирение.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Актуальным вопросом является ранняя первичная профилактика ССЗ, при этом одно из наиболее перспективных направлений — определение групп риска, на которые в первую очередь должны быть направлены профилактические мероприятия.

Цель исследования. Оценить связь отягощенной наследственности по ССЗ с уровнем основных ФР ССЗ у долгожителей по результатам длительного проспективного наблюдения.

Материалы и методы исследования. Проводилось сплошное обследование долгожителей городского неселения Андигана (90 лет и старше, n=198).

Результаты исследования. На всех этапах проспективного наблюдения у мужчин имела тенденция к более высокому САД, но статистически достоверной разницы была только при третьем обследовании. У женщин также САД при третьем обследовании было статистически достоверно выше. По ДАД только исходный уровень статистически достоверно был выше как у мужчин, так и у женщин в 1-й группе. В отношении ИК и кожных складок существенной разницы между группами не установлено, за исключением более высоких показателей КСЛ в 1-й группе при втором и третьем обследованиях у мужчин. Исходно у мужчин, а у женщин исходно и при последнем обследовании ОХС был выше в 1-й группе. Уровень Апо-В, ассоциированный с ранним развитием атеросклеротических изменений в сосудистой стенке, как у мужчин, так и у женщин был выше в группе с отягощенной наследственностью по ССЗ у долгожителей.

Сравнение полученных нами данных с результатами других исследований затруднено, поскольку в последнее время публикаций по аналогичной теме мало.

В нашем исследовании связь уровня АД с ССЗ у долгожителей очень скромна, возможно, из-за того, что ССЗ в значительной мере связаны с развитием атеросклероза. В исследовании показана высокая частота гиперхолестеринемии у долгожителей, (до 95 лет) перенесли инфаркт миокарда. Важность взятия под особый контроль лиц с таким семейным анамнезом как группы повышенного риска ССЗ подтверждают показатели риска фатальных исходов от них.

В последние годы особое внимание уделяется роли артериальной жесткости в развитии ССЗ, которая является интегральным показателем сердечно-сосудистого риска. Выявленная нами повышенная артериальная жесткость у мужчин среднего возраста с отягощенной наследственностью по ССЗ у долгожителей указывает на необходимость раннего обследования таких пациентов.

Вывод. В группе лиц мужского пола с отягощенной наследственностью по ССЗ у долгожителей установлены атерогенные сдвиги в показателях спектра липопротеинов в виде повышения уровня Апо-В, нарастающие в ходе проспективного наблюдения.

Суммарный 10-летний риск фатальных исходов от ССЗ у мужчин пожилого возраста с отягощенной наследственностью по ранней ишемической болезни сердца у их отцов выше, чем в контрольной группе. В обеих группах определяющий вклад в суммарный риск фатальных исходов от ССЗ вносят повышение ОХС и курение.

Риск развития субклинического атеросклероза (утолщение КИМ) во взрослом возрасте в 2,7 раза выше у долгожителей с отягощенной наследственностью по ССЗ у родителей, чем у сверстников без наследственной отягощенности.

Профилактику ФР у лиц с отягощенной наследственностью по ССЗ необходимо начинать в детстве и продолжать непрерывно до взрослого возраста — до формирования устойчивых навыков здорового образа жизни.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ЛИЦ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ПРИ СЕМЕЙНОМ ХАРАКТЕРЕ ОЛИГОФРЕНИИ

Выполнила: Юлдашева Н.А, студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андиганский государственный медицинский институт

Введения. Умственная отсталость – группа различных наследственных, врожденных или рано приобретенных состояний общего психического недоразвития. Согласно МКБ-10, умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей[1,3].

Цель исследования. Установить клинические особенности динамики проявлений умственной отсталости, у лиц с лёгкой степенью умственной отсталости и качество жизни пациентов, в зависимости от условий образовательных программ.

Методы исследования. Основным методом исследования был клиничко - психопатологический. Классический клиничко-психопатологический метод базировался на личной беседе с каждым обследуемым, в ходе которой собирались анамнестические сведения по общепринятой в клинической психиатрии схеме

истории болезни с психопатологическим обследованием, с последующим установлением развёрнутого клинического диагноза умственной отсталости.

Результаты исследования. В ходе анализа клинико-динамических сдвигов в клинической картине личностных расстройств были выявлены фазовые состояния, декомпенсации и патохарактерологические реакции. У выпускников общеобразовательной школы, в отличие от коррекционной школы, фазовые состояния носили отчётливый характер и клинически протекали в форме дисфории у 4(8%), дистимии у 3 (6%). В период декомпенсации у 3 (6%) респондентов отмечались эпизоды агрессивного поведения, у 1 - аутоагрессия с попыткой суицида. Из патохарактерологических реакций наблюдались пре-имущественно-реакции протеста. У выпускников „коррекционной -школы отмечены клинико-динамические сдвиги в виде патохарактерологических реакций у 5 (10%) пациентов и декомпенсаций у 6 (12%) случаев, которые возникали в трудных ситуациях по типу аффективных поведенческих реакций, направленных на привлечение к себе внимания, реакций имитации.

В группе выпускников общеобразовательной школы наблюдались следующие особенности диспансерного наблюдения: в 64% преобладала динамическая группа наблюдения, с частотой наблюдения в диспансере более 5 раз в год, 5% пациентов находились на активном динамическом наблюдении. В 60% случаев в этой группе отмечалась относительно высокая частота госпитализаций до 3-4 раз в год, в коррекционной школе этот показатель составил 2% ($p<0,001$).

Качество жизни как важнейший фактор социально-трудовой адаптации, также было различным у респондентов в двух изучаемых группах. Среди обследованных выпускников коррекционной школы 84% выпускников обнаруживали удовлетворенность своим психическим состоянием. В общеобразовательной школе это количество составляло только 48% ($p<0,001$). По степени удовлетворенности физическим самочувствием и физической работоспособностью статистически значимых различий в изучаемых группах не выявлено.

При оценке материального положения в ряде случаев наблюдалась переоценка реальной действительности. Так, многие выпускники общеобразовательной школы, несмотря на бедственное положение и отсутствие средств к существованию, были полностью удовлетворены материальным положением (в 72% имелаась удовлетворенность материальным положением, хотя объективно положительная оценка была дана лишь в 40%). Расхождения в субъективной и объективной оценках выявилась и при оценке жилищных условий (в 34 % жилищные условия объективно признавались неблагоприятными, но оценивались при этом как хорошие).

Ощущение благополучия и удовлетворенность жизнью в целом — это наиболее важные показатели, их информативность превышает другие определяемые параметры при оценке различных сторон качества жизни. По этим результирующим показателям выявлено снижение уровня качества жизни у респондентов получивших образование в общеобразовательной школе (36,0% отрицательных оценок), по сравнению с выпускниками коррекционной школы (18%) ($p<0,001$). Ряд обследованных давали завышенные оценки удовлетворённости жизнью в целом при объективно низком социальном статусе.

В ходе проведения работы было отдано предпочтение отечественным нейролептикам пропазину и этаперазину, в комплексе с антидепрессантом коаксилом и карбамазепином. Вышеуказанные препараты обладают минимальными побочными эффектами и не приводят к формированию психической зависимости. При этом пациентам с невротической симптоматикой с преобладанием в клинической картине астенических расстройств, пониженного фона настроения, ипохондрической симптоматики или выраженных тревожно-фобических расстройств, наиболее эффективно, как показало исследование, применение нейролептика этаперазина в комбинации с антидепрессантом коаксилом. Лицам, с лёгкой степенью умственной отсталости, в клинике у которых присутствует взрывчатость, брутальность, импульсивность, повышенный уровень притязаний, высокоэффективными оказались нейролептик пропазин в сочетании с карбамазепином.

Психотерапия показала наибольшую эффективность на втором этапе реабилитации, т.е. после купирования выраженных поведенческих расстройств и невротических расстройств.

В использовании психотропных средств предпочтение должно отдаваться препаратам с минимальными побочными эффектами, не приводящими к формированию психической зависимости. Для коррекции невротических и поведенческих расстройств наиболее оптимальным является сочетание небольших доз нейролептиков с антидепрессантами и нормотимиками.

Психотерапия должна проводиться на всех этапах реабилитации. Наиболее очевидный эффект психотерапии проявляется в со-четанном использовании рациональной психотерапии с групповой когнитивно-бихевиоральной психотерапией на втором этапе реабилитации после медикаментозного купирования выраженных поведенческих и невротических расстройств.

Вывод. В результате проведенных исследований выявились различия в клинической картине и уровне качества жизни лиц с умственной отсталостью трудоспособного возраста при различных формах обучения, что позволило оценить социально-трудовую адаптацию умственно-отсталых, исходя из сегодняшних реалий жизни (кадровая политика предприятий, отсутствие воспитательной работы с рабочими, ненормированность рабочего дня, отсутствие социальных гарантий и льгот). На основании полученных данных, предложены программы адаптации и реабилитации пациентов.

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Полученные результаты могут быть использованы клиницистами, педагогами и работниками социальной защиты при работе с умственно отсталыми пациентами в специализированных коррекционных школах и психиатрических стационарах.

УРГЕНТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

Выполнила: Юлдашева Н.А, студентка 203 группы направление медицинской профилактики

Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Азимова Г.А.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Одной из частных форм наркоманий является опиная (опиоидная) наркомания — заболевание, развивающееся в результате употребления опиатов (опиоидов) и формирования наркотической зависимости.

Опиные 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 опиной интоксикации.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленных цели было проведено обследование 42 больных с перенесших опииную 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. Клинические 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 1,6 мг 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. В таблице 1 представлены объективные и субъективные признаки синдрома отмены опиатов в зависимости от периода после последнего приёма наркотика.

При длительном злоупотреблении опиатами наблюдаются очень тяжелые последствия, характеризующиеся астеническими расстройствами. Внешне больные выглядят значительно старше своих лет, заметно истощение (дефицит массы тела достигает 8-15 кг), на лице многочисленные морщины, кожа

ТИББИЙОТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

бледная, с желтушным оттенком, как у больных с заболеваниями печени. Характерным признаком является разрушение и выпадение зубов, часто наблюдается раннее полысение; волосы теряют свой блеск, становятся ломкими, как и ногти. Вены утолщены, в рубцах, происходит заращение их русла. Это служит дифференциально-диагностическим признаком. Пульс обычно редкий, все виды рефлексов и потенция снижены, зрачки узкие, выражены запоры.

Со стороны внутренних органов часто наблюдаются гепатит В, СПИД, циррозы, эндокардиты, легочная эмболия, септицемия, абсцессы, сепсис, пневмонии, флебиты, лимфангиты, отек мозга, энцефалопатия, полиневриты, гломерулонефриты.

Вывод. Больные трудоспособны только тогда, когда они находятся под воздействием наркотика. Круг интересов резко сужается: сосредоточен только вокруг наркотиков и их добычания, 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.

ВОЗМОЖНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Юлдашева Камола магистр 1 курса

*Научный руководитель: ассистент PhD С.М.Шакирова, 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на обилие современных эффективных противозачаточных средств, многие пары продолжают применять старые низко эффективные методы. Причинами является недостаточная осведомленность и неуверенность в их безопасности. Поэтому необходимо изучать влияние использования современных контрацептивов на здоровье женщины.

Цель и задачи. Изучение распространенности использования различных методов контрацепции, а также их влияние на организм путем анкетирования.

Материал и методы. Проведено анкетирование 200 женщин от 17 до 43 лет использующие различные методы контрацепции.

Результаты исследований. Основную группу анкетированных составляли женщины в возрасте от 21 до 25 лет (70%). 160 пациенток пользуются различными методами контрацепции. Наиболее широко используются такие методы: презервативы (56,25%), coitus interruptus (59,38%), внутриматочное средство (ВМС) (9,37%), пероральные гормональные препараты (ПГП) (31,25%), календарный метод (12,5%).

На фоне приема гормональных контрацептивов женщины отмечали:

Симптомы	ВМС		ПГП	
	количество	%	количество	%
боль внизу живота	9	60	2	4
нерегулярность менструального цикла	7	46,7	9	18
мажущие выделения	7	46,7	8	16
головная боль	2	13,3	11	22
Тошнота	-	-	2	4
тяжесть или боль в молочных железах	2	13,3	5	10

Выводы. Установлено, что несмотря на наличие современных, достаточно эффективных методов контрацепции, большинство женщин отдают предпочтение старым способам, таким как презерватив и coitus interruptus. Среди современных методов женщинами чаще используется ВМС, в то время как использование гормональных средств наименее популярно. Выявлена низкая информированность женщин о современных методах контрацепции, показаниях, противопоказаниях, лечебных эффектах.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Юсупалиева Г.М.

*Научный руководитель: Садикова Д.И., Кафедра хирургии и урологии АГМИ
Андижанский медицинский техникум имени Абу Али Ибн Сино*

Цель исследования: сравнительная оценка оперативного лечения лейкоплакии мочевого пузыря

Материал и методы исследования: Было проведено оперативное лечение 35 женщинам с лейкоплакией мочевого пузыря 2 и 3 стадии, проходивших лечение в отделении урологии клиники АГМИ. I группе больных (10 женщин) выполнялась трансуретральная резекция (ТУР) измененных участков слизистой мочевого пузыря; II группе (15 женщин) - трансуретральная электрокоагуляция (ТУК) измененных участков слизистой мочевого пузыря.

Результаты исследования: После проводимого лечения у 2 (20%) женщин I группы и у 2 больных II группы сохранялся болевой синдром в виде тянущих болей над лоном, периодически иррадиирующих в промежность, что потребовало проведения дополнительной консервативной терапии.

Больные наблюдались в течение 6 месяцев. По окончании сроков наблюдения практически все больные отметили исчезновение болевого синдрома, учащенное и затрудненное мочеиспускание.

Всем больным спустя 6 месяцев проводилось комплексное исследование уродинамики. Все женщины отмечали улучшение самочувствия, уменьшение симптомов нижних мочевых путей, что подтверждается данными уродинамического исследования, при котором выявлено увеличение функциональной емкости мочевого пузыря, увеличение максимальной объемной скорости мочеиспускания. Статистический анализ показал, что лучшие результаты лечения достигнуты у больных второй группы, по сравнению с первой. При анализе болевого синдрома до и после лечения у больных II группы также отмечены лучшие результаты.

Также выявлено увеличения объема, вызывающего первый позыв на мочеиспускание. Эти показатели были приближены к норме своими значениями у больных группы, которым производилось ТУК.

Вывод: Оптимальным методом хирургического лечения лейкоплакии мочевого пузыря является трансуретральная электрокоагуляция, ввиду более быстрого восстановления переходного эпителия и уменьшения сроков восстановления мочеиспускания.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕСА АЦИКЛОВИРОМ

Хайдарова Г. магистр 2 курса

*Научный руководитель: Доцент Негматшаева Х.Н., 2 кафедра акушерства и гинекологии
Андижанского государственного медицинского института*

На сегодня проблема невынашивания остается одной из актуальных. Среди причин одно из ведущих мест занимает герпесвирусная инфекция, клинические проявления которой разнообразны.

Цель работы - оценка эффективности препарата "ацикловир" в лечении рецидивирующего герпеса.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 женщин в анамнезе которых были выкидыши, среди причин была выявлена герпесвирусная инфекция. У данной группы больных было проведено общеклиническое, бактериологическое, бактериоскопическое обследование и исследование на TORCH инфекцию. Возраст больных колебался от 20 до 35 лет. Длительность заболевания составила от 2-3 месяцев до 5 и более лет. Локализация герпетических высыпаний была следующей: у 28 больных (96%) в области гениталий и у 2 больных (4) диагностирован лабиальный герпес.

Для лечения герпесвирусной инфекции нами был использован препарат ацикловир в сочетании с иммунной терапией в зависимости от чувствительности препаратами циклоферон, имуноглобулин и полиоксидоний.

Результаты исследования. Ацикловир назначали в начальном периоде активации герпетической инфекции - в период предвестников или в первый день рецидива по 800 мг 4 раза в сутки, на курс лечения 6,4 г. Отмечено, что ацикловир быстро купирует все субъективные и общие явления, регресс высыпаний на фоне лечения происходит в гораздо более короткие сроки. У больных длительность рецидива сократилась с $19,3 \pm 1,48$ до $5,1 \pm 0,1$ дней. После проведенного лечения больные сдали анализы на авидность где получен положительный результат.

Вывод. Таким образом, при терапии препаратом ацикловир у больных с рецидивирующим герпесом отмечается увеличение продолжительности ремиссии. Лечение ацикловиром переносится больными без побочных реакций.

ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПРИ COVID-19

Нодирбек Якубов., Анвар Далимов

*Научный руководитель: Д.З. Мамарасулова, Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

У пациентов с COVID-19 рекомендована тромбoproфилактика только во время нахождения в стационаре по сравнению с антикоагулянтной профилактикой во время нахождения в стационаре и после выписки. Примечание: следует рассмотреть возможность продолжения антикоагулянтной профилактики после выписки из стационара у пациентов с COVID-19 и низким риском кровотечения, если данные о риске ВТЭ и кровотечения после выписки укажут на пользу такой профилактики.

У тяжелобольных пациентов с COVID-19 рекомендуется отказаться от механических способов тромбoproфилактики в пользу фармакологических методов. Примечание: несмотря на отсутствие доказательств преимущества сочетания механической и фармакологической тромбoproфилактики у пациентов тяжелого течения COVID-19, маловероятно, что добавление механических способов тромбoproфилактики в этой популяции нанесет серьезный вред. Мы рекомендуем врачам придерживаться существующих рекомендаций по механической тромбoproфилактике.

У тяжелобольных пациентов с COVID-19, имеющих противопоказания к фармакологической тромбoproфилактике, рекомендовано использовать механическую тромбoproфилактику.

У критически больных пациентов COVID-19 предложено отказаться от рутинного ультразвукового скрининга для выявления бессимптомного тромбоза глубоких вен (ТГВ). Примечание: несмотря на предложение отказаться от рутинного УЗ-скрининга для критически больных пациентов с COVID-19, отмечено, что клиницисты должны иметь низкий порог в принятии решения о выполнении УЗ вен нижних конечностей у пациентов с подозрением на ВТЭ. УЗИ нижних конечностей также должно быть частью УЗИ у постели больного, особенно в случае необъяснимой дисфункции правого желудочка, необъяснимой/рефрактерной гипоксемии или у пациентов с подозрением на ТЭЛА, которые не могут пройти полноценное диагностическое исследование (т.е. нестабильны для транспортировки или имеют прогрессирующую почечную недостаточность). Следует отметить, что даже если тромб не визуализируется на УЗИ нижних конечностей, полностью ТЭЛА не исключается.

У госпитализированных пациентов с COVID-19 с проксимальным ТГВ или ТЭЛА рекомендована начальная парентеральная антикоагулянтная терапия НМГ с коррекцией дозы по весу или внутривенным НФГ. Использование НМГ с коррекцией дозы по весу позволит ограничить нагрузку на персонал и избежать потенциальную псевдорезистентность к гепарину. У пациентов без каких-либо межлекарственных взаимодействий рекомендована начальная пероральная антикоагулянтная терапия апиксабаном или ривароксабаном. Дабигатран и эдоксабан можно применять после начальной парентеральной антикоагуляции. Терапия антагонистами витамина К может быть использована с перехлестом с начальной парентеральной антикоагулянтной терапией. Примечание: группа экспертов понизила самую последнюю рекомендацию АССР по применению пероральных антикоагулянтов у пациентов, госпитализированных с COVID-19, в связи с высоким риском быстрого клинического ухудшения у этих пациентов. Кроме того, вполне вероятно, что многие из этих пациентов будут находиться на сопутствующей терапии (противовирусные препараты или другие исследуемые методы лечения), которые могут существенно повлиять на фармакодинамику и риск кровотечений, связанных с ПОАК. Таким образом, НМГ с коррекцией дозы по весу или НФГ предпочтительнее оральных антикоагулянтов.

Для амбулаторных пациентов с COVID-19 и проксимальным ТГВ или ТЭЛА, отсутствием межлекарственных взаимодействий рекомендован апиксабан, дабигатран, ривароксабан или эдоксабан. Начальная парентеральная антикоагуляция необходима перед приемом дабигатрана и эдоксабана. Для пациентов, не получающих ПОАК, рекомендована терапия антагонистами витамина К по сравнению с НМГ с коррекцией дозы по весу (для удобства и комфорта пациента). Терапия антагонистами витамина К может быть использована с перехлестом с начальной парентеральной антикоагулянтной терапией.

У тяжелобольных пациентов с COVID-19 и с проксимальным ТГВ или ТЭЛА рекомендована парентеральная, а не пероральная антикоагулянтная терапия. У тяжелобольных пациентов с COVID-19 и с проксимальным ТГВ или ТЭЛА, получающих парентеральную антикоагулянтную терапию, рекомендован НМГ с коррекцией дозы по весу или фондапаринукс по сравнению с НФГ. Примечание: НФГ может быть предпочтительнее НМГ с коррекцией дозы по весу или фондапаринукса у пациентов с высоким риском кровотечения (в том числе с тяжелой почечной недостаточностью) или у пациентов с явной или неминуемой гемодинамической декомпенсацией вследствие ТЭЛА, у которых требуется первичное реперфузионное лечение. Решение об использовании НФГ должно быть взвешено с рисками, связанными с дополнительной нагрузкой на персонал и проблемами с резистентностью к гепарину, как указано выше.

Для пациентов с COVID-19 и проксимальным ТГВ или ТЭЛА рекомендована антикоагулянтная терапия в течение как минимум трех месяцев.

У большинства пациентов с COVID-19 и острой подтвержденной ТЭЛА, не сопровождающейся гипотонией (САД < 90 мм рт.ст. или падение АД ≥ 40 мм рт.ст., длящееся более 15 минут), рекомендовано не проводить системный тромболизис.

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

Пациентам с COVID-19 и острой подтвержденной ТЭЛА с гипотонией (систолическое артериальное давление < 90 мм рт.ст.) или признаками шока вследствие ТЭЛА, не подверженным высокому риску кровотечения, рекомендовано проведение системного тромболизиса.

У пациентов с COVID-19 и острой ТЭЛА с сердечно-легочной декомпенсацией вследствие ТЭЛА (прогрессирующее увеличение ЧСС, снижение САД, которое остается >90 мм рт.ст., повышение ЦВД, ухудшение газообмена, признаки шока, прогрессирующая дисфункция правых отделов сердца по данным ЭХО-КГ или повышение сердечных биомаркеров) после начала антикоагулянтной терапии, у которых еще не развилась гипотония, которые имеют низкий риск кровотечения рекомендован системный тромболизис против отсутствия такой терапии.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРИ COVID-19

Нодирбек Якубов., Анвар Далимов
Научный руководитель: Д.З. Мамарасулова
Андижанский государственный медицинский институт

При отсутствии противопоказаний, у больных, госпитализированных COVID-19, рекомендовано назначение антикоагулянтов с целью профилактики тромбообразования.

При отсутствии противопоказаний у пациентов с тяжелым течением COVID-19 рекомендуется назначение антикоагулянтов с целью профилактики тромбообразования.

У пациентов, госпитализированных с COVID-19, с целью тромбопрофилактики предпочтительно применение низкомолекулярного гепарина (НМГ) или фондапаринукса по сравнению с нефракционированным гепарином (НФГ); с целью тромбопрофилактики предпочтительно применение НМГ, фондапаринукса или НФГ по сравнению с прямыми пероральными антикоагулянтами (ПОАК). Примечания: группа экспертов рекомендует НМГ и фондапаринукс по сравнению с НФГ с целью ограничения нагрузки на персонал. Экспертная группа предостерегает против использования ПОАК у этих пациентов в связи с высоким риском быстрого клинического ухудшения. Кроме того, вероятно, многие из этих пациентов будут получать сопутствующую терапию (противовирусные препараты или другие исследуемые методы лечения), которая может существенно повлиять на фармакодинамику и, следовательно, риск кровотечения, связанный с ПОАК.

У больных с тяжелым течением COVID-19 предпочтительнее тромбопрофилактика НМГ над НФГ; рекомендована тромбопрофилактика НМГ или НФГ по сравнению с антикоагулянтной терапией фондапаринуксом или ПОАК. Примечание: группа экспертов рекомендует НМГ по сравнению с НФГ с целью ограничения нагрузки на персонал. Группа экспертов серьезно предостерегает против использования ПОАК у этих пациентов связано с их гемодинамической нестабильностью, высокой вероятностью лекарственных взаимодействий и высокой частотой острого повреждения почек. Кроме того, существует недостаток доказательной базы для применения антикоагулянтов с целью тромбопрофилактики у пациентов в тяжелом состоянии и без COVID-19.

У больных с тяжелым течением COVID-19 и госпитализированных пациентов, авторы выступают против назначения антитромбоцитарных препаратов для профилактики венозной тромбоэмболии (ВТЭ).

У госпитализированных пациентов с COVID-19 рекомендована стандартная профилактическая доза антикоагулянтов по сравнению с дозой НМГ в зависимости от веса дважды в день или полной лечебной дозой в соответствии с существующими рекомендациями. Примечания: несмотря на известный повышенный риск ВТЭ у госпитализированных пациентов с COVID-19, на данный момент данных недостаточно для обоснования повышения интенсивности антикоагулянтной тромбопрофилактики в отсутствие рандомизированных контролируемых исследований.

У тяжелобольных пациентов с COVID-19 рекомендована стандартная профилактическая доза антикоагулянтов по сравнению с дозой НМГ в зависимости от веса дважды в день или полной лечебной дозой в соответствии с существующими рекомендациями. Примечание: несмотря на отдельные случаи, свидетельствующие о повышенном риске ВТЭ у тяжелобольных пациентов с COVID-19, неясно, выше ли этот риск ВТЭ по сравнению с другими тяжелобольными нехирургическими пациентами в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Кроме того, в этой популяции недостаточно данных о риске кровотечения, и, учитывая тяжесть заболевания, вполне вероятно, что критически больные пациенты с COVID-19 имеют высокий риск кровотечений. Наконец, неясно, имеет ли эта популяция больных более высокий риск ВТЭ при лечении стандартными профилактическими дозами антикоагулянтов в соответствии с существующими рекомендациями.

МУНДАРИЖА	
RELATIONSHIP OF MUTATION STATUS OF JAK 2, CALR, AND MPL GENES WITH PHENOTYPICAL FEATURES OF ESSENTIAL THROMBOCYTHEMIA <i>Abakulova M., Akhmedova Kh.Yu.</i>	7
ANALYSIS AND PREVENTION OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF PHYSICAL VERSATILITY IN PREGNANT WOMEN <i>Abdukaxarova S.K., Asrankulova D.B.</i>	7
PREVENTION OF IRON DEFICIENCY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN NORMAL AND PATHOLOGY <i>Abdukodirova Z.B., Ashuralieva M.A.</i>	8
CLINICAL VARIANTS OF RESPIRATORY DISORDERS IN NEWBORNS, METHODS OF THEIR TREATMENT AND PREVENTION <i>Abdukodirova Z.B., Ashuralieva M.A.</i>	9
EVALUATION OF CLINICAL AND STATISTICAL INDICATORS OF EARLY AND LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF LONG-TERM NON-HEALING PURULENT WOUNDS OF SOFT TISSUES <i>Abdullajanov B.R., Yusupov J.K.</i>	9
PECULIARITIES OF STRUCTURAL ATRIAL REMODELING IN AFILIATED ARRHYTHMIA <i>Abdullaev K.A., Ismailov I.I.</i>	10
SOME BIOCHEMICAL PROTECTIVE MECHANISMS IN THE PROCESS OF DEVELOPMENT AND TREATMENT OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA <i>Abdulkhamidova S., Mirzaakhmedova I.Z.</i>	11
FEATURES OF THE RESPIRATORY SYSTEM IN SCHOOL AGE CHILDREN <i>Abduraximov Sherzod, Yunusov D.M.</i>	12
RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF PNEUMONIA IN OVERWEIGHT AND OBESE CHILDREN <i>Abrorova Barno Tokhir kizi, Alieva N.R.</i>	12
RESULTS OF EXPERT ASSESSMENT OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH HEMOBLASTOSIS IN THE CONDITIONS OF A SPECIALIZED HOSPITAL <i>Akbarova M., Delkasheva Sh.D.</i>	13
SOME CLINICAL AND ROENTGENOLOGICAL SYMPTOMS OF CHANGES IN THE LUNGS OF EARLY AGE CHILDREN BEING INFECTED IN HOSPITAL <i>A.L.Aliev, D.B.Abdullayev, A.Y.Nurjavova.</i>	14
COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATE OF NEWBORNS WITH PERINATAL INFECTIONS <i>Anvarjonov Sh.O., Kasimova G.Z.</i>	14
CLINICAL RADIATION CHARACTERISTICS OF HEPATOBILIARY SYSTEM PATHOLOGY IN CHILDREN <i>Anvarjonov Sh.O., Kasimova G.Z.</i>	15
CLINICAL SIGNIFICANCE OF ENDOTHELIUM DYSFUNCTION IN TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN CHILDREN <i>Anvarjonov Sh.O., Kasimova G.Z.</i>	16
PSYCHOSOCIAL STATUS OF ADOLESCENTS WITH ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION <i>Bahodiriy Munavvara, Akhrorkhonov R.A</i>	17
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS OF MIXED ETIOLOGY IN CHILDREN <i>Bekmuradova A., Dzhuraeva Kh.Z.</i>	18
CLINICAL AND IMMUNOGENETIC FEATURES OF JUVENILE ARTHRITIS ASSOCIATED WITH INTESTINAL INFECTION <i>Bekmuradova A., Farmokulova Yo.R.</i>	18
A MODERN NONINVASIVE METHOD OF DIAGNOSING CORONARY HEART DISEASE <i>Bektashev I.B., Kodirova G.I.</i>	19
IMMUNE STATUS OF THE SYMPATHO-ADRENAL SYSTEM IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE <i>Bektashev I.B., Kodirova G.I.</i>	19
FEATURES OF DIAGNOSIS OF NEPHROTUBERCULOSIS <i>Bektashev I.B., Dilshodov A.D., Khakimova R.A., Maksumova D.K.</i>	20

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

MODERN METHODS OF PREVENTION OF DIABETES <i>Bektashev I.B., Dilshodov A.D., Yusupova Sh.K.</i>	21
PROBLEMS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF MYCOSIS IN HIV INFECTED <i>Boboev M.M., Madumarova M.M.</i>	21
ALCOHOL - IN HUMAN LIFE <i>Boboev M.M., Madumarova M.M.</i>	22
DRUG DISCOVERY FROM MARINE ENDOPHYTES <i>Botirxo'jayeva Sojidadxon, Mamazulunov Nurmuxammad</i>	23
CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND THE NATURE OF THE COURSE OF EPILEPTIC ENCEPHALOPATHY IN PRESCHOOL CHILDREN <i>Vafojeva G.R., Saidkhodjaeva S.N.</i>	24
POSSIBILITIES OF ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF URELINE DISEASE <i>Vakkosov M., Tojikhuzhaev Sh.Sh.</i>	24
EFFICIENCY OF DIFFERENTIATED COMPLEXES OF SANATORIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA <i>Ganiyev Sh.A., Sakhibova M.D.</i>	25
FEATURES OF ADAPTATION OF LOW-WEIGHT INFANTS <i>Ganiyev Sh.A., Sakhibova M.D.</i>	26
PROPHYLACTIC FEATURES OF THE ORIGIN OF GALLSTONE DISEASE AMONG THE ELDERLY POPULATION <i>J.A. Ganijonov. K.N.Ergashev, Kh.K.Usmanov</i>	26
HYPERTENSIVE DISORDERS IN PREGNANT WOMEN: INDIVIDUAL APPROACH TO PREVENTION AND PHARMACOEPIDEMIOLOGY <i>Goziyeva Sh.S., Asrankulova D.B.</i>	27
CLINIC - IMMUNOLOGICAL CRITERIA FOR CHRONIZATION OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN <i>Gofurova Z.A., Dzhuraeva Kh.Z.</i>	28
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME DURING COVID-19 PANDEMIC <i>Gaffarov X.A.</i>	29
VARIANTS OF MANIFESTATION AND EARLY DIAGNOSTICS OF NEW CORONAVIRUS INFECTION <i>Gaffarov X.A.</i>	30
ANTIBACTERIAL THERAPY OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED PATIENTS <i>Dilshodov A.D., Bektashev I.B., Khakimova R.A., Maksumova D.K.</i>	30
MYCOBIOTA OF FAMILY SOLANACEAE (TOMATOES, EGGPLANTS, BULGARIAN PEPPER, POTATO) IN FERGANA VALLEY <i>Jokhongirova O.N., Rasulov U.Sh.</i>	31
THE ADVANTAGE OF MODERN ORTHOPEDIC TREATMENT OF CLUBFOOT <i>Jumamuratova Iroda Ilhomboy kizi, Nurimov Gayrat Kadambaevich</i>	32
POSSIBILITIES OF GENETIC STUDY IN PREVENTION OF OVERWEIGHT DEVELOPMENT AND OBESITY IN CHILDREN <i>Jurayev B., Yunusov D.M.</i>	32
PREDICTION OF THE RISK OF RESPIRATORY DISORDERS AND THEIR COMPLICATIONS IN NEWBORNS <i>Jurayev F., Yunusov D.M. -</i>	33
PECULIARITIES OF THE CURRENT OF THE PURPOSE IN CHILDREN AT THE MODERN STAGE <i>Jurayeva Moxidil, Yunusov D.M.</i>	33
DIAGNOSTICS OF RISK FACTORS FOR THE FORMATION OF COMPUTER DEPENDENCE IN ADOLESCENTS <i>Zhuraeva S.T., Sadikova U.M.</i>	34
ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE CREATION OF SOCIAL AND HYGIENIC HEALTH MONITORING OF THE POPULATION AND THE HABITAT AS A TOOL FOR MAKING SCIENTIFICALLY BASED DECISIONS <i>Zhuraeva S.T., Sadikova U.M.</i>	35
RATIONALE FOR THE APPLICATION OF METABOLIC AGENTS IN THE COMPLEX TREATMENT OF HYPOTROPHIA IN CHILDREN OF EARLY AGE <i>Inakova Zebiniso, Akhrorkhonov R.A.</i>	36
STUDY OF THE EFFECT OF COLON DISEASES ON ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF CHILDREN UNDER 18 YEARS OLD	36

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

<i>Isakova N.R., Maxmudova X.T.</i>	
INFLUENCE OF EARLY ONCE OF SEXUAL LIFE ON THE OCCURRENCE OF CERVICAL DISEASES	37
<i>Islomova S., Islamova Z.K.</i>	
EXPERIENCE IN THE SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH OCCLUSION INTERNAL CAROTID ARTERY	38
<i>Karimova K.D., Akbarova G.Kh.</i>	
AORTIC MORPHOMETRY IN CONNECTED AORTOPATHIES IN CHILDREN	38
<i>Kodirov J., Solieva M.O.</i>	
PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA	39
<i>Kosimova D.N., Agranovskiy M.L., Saliev M.M., Muminov R.K.</i>	
HYPERTENSIVE AND VEGETATIVE CRISIS IN PREGNANT: EPIDEMIOLOGY, RISK FACTORS IN THE FERGANA VALLEY	40
<i>Kuziyeva G.A., Asrankulova D.B.</i>	
SEGMENTAL UNIPARENTAL DYSOMIA IN IMPRINTED SITES OF THE GENOME AS AN EPIGENETIC MECHANISM OF AUTISM AND MENTAL DELAY IN CHILDREN	40
<i>Madaminov O.V., Karimova A.A.</i>	
SYSTEM FOR ASSESSING THE DEGREE OF PROTEIN-ENERGY INSUFFICIENCY IN CHILDREN WITH MUCOVISCIDOSIS	41
<i>Madaminov O.V., Karimova A.A.</i>	
THE ROLE OF MICROBIOTA AND ITS IMPORTANCE IN THE ETIOLOGY OF CHRONIC RHINOSINUSITIS	42
<i>Madaminova N.E., Mamasoliyeva Sh.A., Ulmasov A.O.</i>	
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF IRON DEFICIENCY IN PREGNANCY	43
<i>Mamadaliyeva M.M., Asrankulova D.B.</i>	
A NEW APPROACH TO PRENCLAMPSY AND PRINCIPLES AND THERAPY IN THE CITIES OF THE FERGANA VALLEY	43
<i>Mamadiyeva M.S., Asrankulova D.B.</i>	
FACTORS LEADING TO IRON DEFICIENCY IN FERTILIZED WOMEN	44
<i>Mamazhonov D.N., Delkasheva Sh.D.</i>	
SPECIFIC FEATURES OF ALLERGIC RHINITIS	45
<i>Mamasoliyeva Sh.A., Ulmasov A.O., Madaminova N.E.</i>	
STUDENTS' NEEDS AS THE BASIC APPROACH IN TEACHING THE SUBJECT OF "ENGLISH IN MEDICINE"	46
<i>Mahsudov Behruz, Matveeva Irina Alexandrovna</i>	
MORPHOFUNCTIONAL THYROID DISORDERS IN YOUNG CHILDREN UNDER NEONATAL TRANSITORY HYPOTHYROIDISM AND CEREBRAL HYPOXIA-ISCHEMIA	47
<i>Mirakhmedov Khamidjon, Yunusov D.M.</i>	
CARDIAC DISORDERS IN PATIENTS CHRONIC VIRAL HEPATITIS AND CIRRHOSIS OF THE LIVER	48
<i>Miryusupova M.B., Isakova D.Z.</i>	
FEATURES OF FUNCTIONAL DISORDERS OF THE SYMPATHIC-ADRENAL SYSTEM OF CARDIOVASCULAR DISEASES	48
<i>Miryusupova M.B. Valieva Z.S.</i>	
NATURAL PRODUCTS AS SOURCES OF DRUGS	49
<i>Muydinova Mashkharaxon, Mamazulunov Nurmuxammad</i>	
PHOBIAS AND THEIR MEANINGS	50
<i>Muhammdjonova Gulchehra, Mamazulunov Nurmuxammad</i>	
CLINICAL FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN YOUNG PERSONS	51
<i>Muxammadjonova Z., Sodikova D.T.</i>	
CLINICAL AND GENETIC PREDICTION OF THE RISK OF DEVELOPMENT OF CORONARY HEART DISEASE	52
<i>Muxammadjonova Z., Sodikova D.T.</i>	
FEATURES OF THE NEONATAL PERIOD IN PREMATURE CHILDREN WITH DELAYED INTRAUTERINE DEVELOPMENT	53
<i>Muxammadjonova M.M., Bakhavadinova Z.M.</i>	
FEATURES OF EXCHANGE OF SEPARATE MICROELEMENTS IN CHILDREN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA	53
<i>Muxammadjonova M.M., Bakhavadinova Z.M.</i>	

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

THE ROLE OF ANOMALIES OF THE FACIAL JAW SYSTEMS IN THE FORMATION OF OCCLUSION IN CHILDREN <i>Mukhsinova L.A.</i>	54
MODERN METHODS OF TREATMENT OF JOINT PAIN IN CHILDREN <i>Mirzamahmudov Sh.I., Ikramov A.F.</i>	55
ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER <i>Nabiev R.R., Khakimov N.S., Madragimova B.A.</i>	56
THE IMPORTANCE OF INNOVATIVE TEACHING METHODS AND TOOLS IN TEACHING MEDICAL SCIENCES TO STUDENTS <i>M.B.Nuraddinova, M.Ibadullayeva</i>	56
IMPROVEMENT OF ULTRASONIC STUDIES IN NODULAR FORM OF UTERINE MYOMA <i>Nuralieva M.A., Rashidova Sh.U.</i>	58
MICROELEMENT STATUS AND RELATIONSHIP OF ITS IMBALANCE WITH THE DEVELOPMENT OF DISEASES IN CHILDREN <i>Nurmatov Rustam, Yunusov D.M.</i>	59
INTEGRATED APPROACH IN THE PREVENTION OF SUICIDES AND SUICIDAL RISKS OF MINORS <i>Nurmatov N., Agranovskiy M.L., Kozimzhonova I.F., Saliev M.M., Muminov R.K.</i>	60
CORRECTIVE EFFECTS OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE IN VISUAL IMPAIRMENT IN CHILDHOOD <i>Odilov S.J., Adilova G.R.</i>	61
DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF IRRITATED INTESTINAL SYNDROME IN CHILDREN WITH COMBINED INJURY OF THE UPPER DIGESTIVE TRACT <i>Odilov S.J., Adilova G.R.</i>	61
FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION ON THE BACKGROUND OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE <i>Olimjonov B., Ismoilov I.I.</i>	62
ANALYSIS OF PROTEIN PARAMETERS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE <i>Olimjonov B., Yunusova Z.V.</i>	63
THE COURSE OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS <i>Oktamov R.T. Yusupova Sh.K.</i>	64
DIAGNOSIS OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS <i>Oktamov R.T. Yusupova Sh.K.</i>	64
TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS <i>Oktamov R.T. Yusupova Sh.K.</i>	65
INTENSIVE INFUSION THERAPY IN CRITICAL PATIENTS <i>Yu.Sh. Ozodbekov, Mamatov B.Yu.</i>	66
INTENSIVE INFUSION THERAPY IN PATIENTS <i>Yu.Sh. Ozodbekov, Mamatov B.Yu.</i>	66
FUNCTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA <i>Sagdullaev A.A., Malikov Z.M., Shodiyeva G.R.</i>	67
ULTRASOUND CONTROL OF MINIMALLY INVASIVE JOINT SURGERY IN PATIENTS WITH HEMOPHILIC POLYARTHRITIS <i>Saidkhuzhaeva S., Yakubbekova M.K.</i>	68
CLINICAL AND MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF ESOPHAGAL DISEASES IN CHILDREN WITH DIFFERENT BODY MASS <i>Samiyeva G., Farmokulova Yo.R.</i>	68
CHRONIC OBSTRUCTIVE PYELONEPHRITIS IN CHILDREN CLINICAL-PATHOGENETIC STAGES, DIAGNOSTIC OPTIMIZATION AND OUTCOMES PREDICTION <i>Soliyev A., Solieva M.O.</i>	69
GENETIC FEATURES OF CHRONIC BACTERIAL AND POLYPOSE ETHMOIDITIS <i>Tojiboev A.A., Kosimov K.</i>	70
OPTIONS OF THE COURSE OF CHRONIC POLYPOSE ETHMOIDITIS <i>Tojiboev A.A., Kosimov K.</i>	71
ULTRASONIC DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF FOCUS OF THE THYROID GLAND <i>Tyan A.A., Rashidova Sh.U.</i>	71

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

COMPREHENSIVE RADIATION DIAGNOSTICS OF URELINE DISEASE <i>Uzokov B., Tojikhuzhaev Sh.Sh.</i>	72
SPECIFICITY OF THE IMMUNOLOGICAL PROPERTIES OF NASAL INFLAMMATION AND CLEANSING OF THE CONTENTS IN ALLERGIC RHINITIS <i>Ulmasov A.O., Madaminova N.E., Mamasoliyeva Sh.A.</i>	73
MODERN METHODS FOR DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS <i>D. Usmonova, F.D.Ikramova</i>	74
EXPERT ASSESSMENT OF DAMAGES OF THE ORGANS OF THE CHEST CELL IN CONNECTION WITH THE INJURIES OF OTHER SKELETON BONES <i>Khadzhimatov R.S., Khadzhimatov G.M., Pulatov M.D.</i>	75
BLOOD LEVEL IN PATIENTS WITH DIFFERENT CLINICAL FORMS LAMBLOZA <i>Khadzhimatov R.S., Khadzhimatova G.M., Pulatov M.D..</i>	75
PSYCHOSOMATIC STATUS AND ITS CORRECTION IN CHILDREN WITH ENURESIS OF PRESCHOOL AGE <i>Khamidov J.I., Abdukodirov U.T., Kobilov Sh.M.</i>	76
DIAGNOSTICS AND CHOICE OF TREATMENT TACTICS OF URETEROLITHIASIS BY ECHOGRAPHY <i>Khomidova G.Zh., Sobirov A.A.</i>	77
PROGNOSTIC VALUE OF STAT3 PROTEIN EXPRESSION IN DIFFUSE B5 LARGE CELL LYMPHOMA <i>Khodzhaeva N., Abduvahofova N.R.</i>	78
CARDIOVASCULAR COMORBIDITY AND SURVIVAL IN DIALYSIS PATIENTS: A COHORT STUDY OF THE RURAL POPULATION OF UZBEKISTAN <i>O.N.Sharapov</i>	78
CHANGES IN THE STRUCTURE OF THE HEART IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ON THE BACKGROUND OF ISCHEMIC HEART DISEASE <i>Shokirova D.B., Yuldasheva G.T.</i>	79
MEASURES FOR ENDOSCOPIC TREATMENT OF POLYPLIC RHINOSINUSITIS <i>Ergashev A.A., Pardaev E.A.</i>	79
O'SIMLIKAR TARKIBIDA UCHRAYDIGAN BIOLOGIK FAOL MODDALAR VA ULARNING DORIVOR XUSUSIYATLARI <i>Abdujabborov Islomiddin, Mamazulunov Nurmuhammad</i>	80
ENDOMETRIYNING GIPERPLASTIK JARAYONLARI: BEMORLARNI DAVOLASH VA OLDINI <i>Abduqodirova Z.B., Nazirova Z.M.</i>	81
ENDOMETRIYNING GIPERPLASTIK JARAYONLARI: KLINIK-MORFOLOGIK JIHATLARI, PROGNOSTIK ME'ZONLARI <i>Abduqodirova Z.B., Nazirova Z.M.</i>	82
MUTOLAA VA MUTOLAA MADANIYATI <i>Abduqodirova G., Qo'ziyoyeva M.</i>	83
YURAK ARITMIYASI KASALLIGINING KELIB CHIQISHI VA UNI DAVOLASHDA TABIIY MAHSULOTLARNING O'RNI <i>Abdunazarova Maftuna, Mamazulunov Nurmuhammad</i>	84
DORIVOR O'SIMLIKLARNING TIBBIYOTDA TUTGAN O'RNI VA ULARNING TURLI KASALLIKLARNI DAVOLASHDA QO'LLANILISHI <i>Abdusalomov Nozimjon, Mamazulunov Nurmuhammad</i>	84
CHANOQ SUYAKLARI SHIKASTLANISHLARI PROFILAKTIKASI VA DAVOLASH TAMOIYILLARI <i>Alimboboyev Sardorbek, Qo'ldashev Qahramon Abduhalilovich</i>	85
QIZLAR ORASIDA REPRADUKTIV KASALLIKLARNI OLDINI OLISH BO'YICHA CHORA-TADBIRLAR <i>Allayarova Sh., Nuraliyeva N.B.</i>	86
BOLALARDA QANDLI DIABET: ALOMATLARI, TASHHIS, DAVOLASH, OLDINI OLISH <i>Asqaraliyeva Maftuna, Mamazulunov Nurmuhammad</i>	86
BOLALARDA YELKA SUYAGI SINISHLARINI TASHXISHLASH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY TAMOIYILLARI <i>Ashurov To'lanboy, Qo'ldashev Qahramon Abduhalilovich</i>	87
GENI O'ZGARTIRILGAN MAXSULOTLARNING AHAMIYATI VA ULAR ORQALI KELIB CHIQADIGAN KASALLIKLAR <i>Badalboyev Axrorbek, Mamazulunov Nurmuhammad</i>	88

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

QANDLI DIABET KASALLIGINI OLDINI OLISHNING ZAMONAVIY USULLARI <i>Bektashev I.B., Dilshodov A.D., Yusupova Sh.K.</i>	89
UMURTQA POG'ONASI OSTEONXONDROZI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI DAVOLOVCHI JISMONIY TARBIYA VOSITASIDA DAVOLASH SAMARADORLIGI <i>Butaboyev M.T., Soliyev I.M.</i>	90
REABILITATSIYA ASOSIDA TIBBIY MANIPULYATSIYALAR KOMPLEKSI <i>Butaboyev M.T., Kosimov I.U., Minavarov R.A.</i>	90
OZIY-OVQAT QO'SHIMCHALARI VA ULARNING ORGANIZMGA TA'SIRI <i>Halimjonov Boburjon, Mamazulunov Nurmuhammad</i>	91
PEDAGOGIK TEXNOLOGIYA VA UNING MOHIYATI <i>G.M. G'ofurova, L.S.Hudayberdiyeva</i>	92
O'SMIR YIGIT VA QIZLARDA SKOLIOZ KASALLIGINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING INNOVATSION TAMOIYILLARI <i>Doniyorbek Yokubov, Qo'ldashev Qahramon Abduhalilovich</i>	93
«NAVOIY VILOYATI CHO'L XUDUDIDA TARQALGAN YURAK QON-TOMIR KASALLIKLARINING STATISTIKASI» <i>Yerejebayev Kuvanysh Tursun o'g'li</i>	94
POLIKLINIKA SHAROITIDA GIPERTONIYA KASALLIGI BO'YICHA TIBBIY XIZMAT KO'RSATISH SIFATINI OSHIRISH <i>Jo'raeva Mohidil, Xudayberdiev J.M.</i>	94
SOHA TERMINLARI VA TERMINSHUNOSLIK MASALALARI <i>G.D.Mahmudova, L.S.Hudayberdiyeva</i>	95
FERTIL YOSHIDAGI AYOLLARNI ASORATSIZ SIYDIK YO'LI INFEKSIYASI XASTALIKLARIDA SAMARALI DAVOLASH <i>Yigitaliev Boburjon, Xudayberdiev J.M.</i>	97
COVID-19 INFEKSIYASI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA GEMATOLOGIK VA NOGEMATOLOGIK ASORATLAR TAHLILI <i>Ixtiyorov Shahboz Ixtiyor o'g'li, Ishchanova Nilufar Xamrayevna</i>	97
O'ZBEK VA INGLIZ TILLARIDA STOMOTOLOGIYA TERMINOLOGIYASIDA GIPERGIPONIMIK MUNOSABATLAR <i>N.X. Qayumova, D.I.Ikromova.</i>	98
QANDSIZ DIABETNING KELIB CHIQISHI VA BU KASALLIKNI DAVOLASHDA TABIIY MAHSULOTLARINING QO'LLANILISHI <i>Qodirova Mashxura, Mamazulunov Nurmuhammad</i>	99
TIBBIYOT OLIY O'QUV YURTI TALABALARI MUSTAQIL ISHLARINI BAJARISHIDA AXBOROT TEXNOLOGIYALARINING O'RNI <i>Latipov F.F., M.B.Xaydarov</i>	100
2020- YIL UCHUN ELIBRARY.RU MA'LUMOTLAR BAZASIDA FARMAKOEKONOMIK, KLINIK VA IQTISODIY TADQIQOTLARDA XIRURGIK KASSALIKLAR YO'NALISHI TAHLILI <i>Mavlyanova N. T., Shaabidova K.Sh., Normatova K.Yu.</i>	101
FERMENTLARNING TIBBIYOTDA VA AMALIYOTDA QO'LLANILISHI <i>Maxsudjonova Sevara, Mamazulunov Nurmuhammad</i>	101
VARIKOZ HASTALIGI VA HOMILADORLIK <i>Mamadaliyeva M. Ikromova F.D.</i>	102
KARDIYOVASKULYAR KASALLIKLARINING SIMFATIK-ADRENAL TIZIMINING FUNKTSIONAL BUZILISHLARINING XUSUSIYATLARI <i>Miryusupova M.B., Tashmatova G.A.</i>	103
BOLALARDAGI G'ILAYLIKNI DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI <i>Mirzamaxmudov Sh.I., Ikromov A.F.</i>	104
O'ZBEK TILIDA HARBIYLAR NUTQINING PSIXOLINGVISTIK ASOSLARI <i>Numanov Sherzodbek Komiljanovich</i>	104
MIOKARD INFARK RIVOJLANISHIDA O'PKANING PATOLOGIYALARIGA BOG'LIQLIGI <i>Olimjonov B., Artikova S.G.</i>	105
YURAKNING KORONAR KASALLIGIGA CHALINGAN BEMORLARDA OQSIL PARAMETRLARINI TAHLILI <i>Olimjonov B., Artikova S.G.</i>	106
BOSHLANG'ICH TISH KARIIESINI INFILTRATIV METOD BILAN DAVOLASH SAMARADORLIGINI O'RGANISH <i>Olimova Dildora Vohidovna</i>	106
YASSI OYOQLIK — BELGILARI, DARAJALARI, DAVOLASH, OLDINI OLISHNING	107

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

HOZIRGI ZAMON TAMOYILLARI <i>Roziqov Islombek., Qo'ldashev Qahramonjon Abduhalilovich</i>	
FAST-FOOD TAOMLAR VA ULARNING INSON SALOMATLIGIGA TA'SIRI <i>Roziqov Ubaydullo Alisher o'g'li, Yusupova. O.B.</i>	108
TANA MASSASI INDEKSINING OSHISHI TUFAYLI KELIB CHIQUADIGAN KASALLIKLAR <i>Ro'zimatova Dilrabo Abdullayevna, Raxmetova M.R.</i>	109
TANA MASSASI INDEKSINING OSHISHI TUFAYLI KELIB CHIQUADIGAN KASALLIKLAR <i>Ro'zimatova Dilrabo Abdullayevna, Raxmetova M.R.</i>	110
TIBBIYOT OLIY O'QUV YURTLARIDA ZAMONAVIY O'QITUVCHI TIMSOLI <i>Saidova Nozima Xikmatovna, Axmatniyazova Sevara Nuriddin qizi, Berdaliyeva Zuhraxon Baxtiyor qizi, Xaydarov M.B.</i>	110
YIRINGLI PERITONITNI KELIB CHIQISHI VA DAVOLASH USULLARI <i>Suyunova Muxlisa Asatilla qizi, Zyparov K.F.</i>	111
INFORMATIKA YO'NALISHI BO'YICHA BO'LAJAK BAKALAVRLARNING ILMIY TADQIQOT KOMPETENTLIGINI SHAKLLANTIRISHDAGI MUAMMOLARNI HAL QILISH <i>Z.A.Temirova, Sh.A.Gulamov</i>	112
OILADA RUHIY-AXLOQIY MADANIYATNI SHAKILLANTIRISH <i>M.Toshmatova, Yu. O. Ergasheva</i>	113
ASALNING TIBBIYOT VA XALQ TABOBATIDAGI O'RNI <i>Toshpo'latov Javohir, Mamazulunov Nurmuhammad</i>	114
FIZIOLOGIK FAOL MODDALARNI SINFLASH VA ULARNING TA'SIR MEXANIZMLARI <i>Turdaliyev Ravshanbek, Mamazulunov Nurmuhammad</i>	116
BRONXIAL ASTMADA NAFAS TIZIMI OBSTRUKSIYASINING YURAK-QON TOMIR TIZIMIDAGI O'ZGARISHLARGA BOG'LIQLIGI <i>Turaqulov A.A., Oltiboyeva E.B., Allatov B.M., Shodiyeva G.R.</i>	117
YORQIN KELAJAK KALITI <i>Fayzillayev Saidkamol, Arziyeva D.T.</i>	117
OILANING TINCHLIGI JAMIYAT VA DAVLATNING BARQARORLIGI YO'LIDA <i>Doston Xamidov, Hamdam Ismoilov</i>	118
SARS-COV-2 KORONAVIRUSINING DIAGNOSTIKASI. MAXSUS LABORATOR TEKSHIRUVLAR <i>Xilolidinov X.X., Bokiye M.M.</i>	120
KORONAVIRUS INFEKSIYASI VA UNDA ICHKI A'ZOLARNING YALLIG'LANISHI <i>Xilolidinov X.X., Bokiye M.M.</i>	120
VAAKUMLI EKSTRAKTOR YORDAMIDA O'SIMLIK EKSTRAKTLARI ISHLAB CHIQARISH <i>Shokirov A., Razzoqov Z., Mamajonov M, Razzoqov N.</i>	121
ИЛК ЁШДАГИ ЎТКИР ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ КАСАЛЛИГИ БОР БОЛАЛАРДА ЗОТИЛЖАМНИНГ КЛИНИК-РЕНТГЕНОЛОГИК КЕЧИШИ <i>Д.Б.Абдуллаев, А.Л.Алиев</i>	122
ПИРИМИДИНЛИ НУКЛЕОТИДЛАР ПАРЧАЛАНИШИ ВА СИНТЕЗИ <i>Абдуллаев Ж.О., Бокиев М.М.</i>	122
ГИЁХВАНДЛИК АСР ВАБОСИ <i>Алижонов Д.А., Солиев А.А.</i>	123
ГИЁХВАНДЛИК –ИНСОН УМРИ ЗАВОЛИ <i>Алижонов Д.А., Солиев А.А.</i>	124
ГИЁХВАНДЛИК ОГИР ДАРД <i>Алижонов Д.А., Солиев А.А.</i>	124
ГИЁХВАНДЛИК МОДДАЛАРИ БИЗНЕСИ <i>Алижонов Д.А., Солиев А.А.</i>	125
ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ УЗОҚ БИТМАЙДИГАН ЙИРИНГЛИ ЖАРОХАТЛАРИНИ ДАВОЛАШНИНГ ЭРТА ВА УЗОҚ МУДДАТЛИ НАТИЖАЛАРИНИНГ КЛИНИК-СТАТИСТИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ <i>Абдуллажонов Б.Р., Юсупов Ж.К.</i>	125
РЕАНИМАЦИЯ ВА ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯ БЎЛИМЛАРИДА БЕМОР БОЛАЛАР ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШДА ПЕДИАТРИК ШКАЛАЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Абдуллажонов Х.М.</i>	126

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ЧАҚАЛОҚЛАРДА КЎКРАК БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ ТАҚҚОСЛАМА ТАҲЛИЛИ <i>Абдуллажонов Х.М.</i>	127
ТИРИКЛИК ҲИКМАТИНИ СОҒЛИҚДА, ДЕБ БИЛ <i>Акбарова М., Рахмонов Р.Р.</i>	128
БАЛАНДЛИКДАН ЙИҚИЛИШ ҲОЛАТЛАРИДА БОЛАЛАР ЖАРОҲАТЛАРИ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Акрамова А.А., Қўшбақов А.М.</i>	128
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДАГИ ИСЛОҲОТЛАР <i>Алимова Г.М., Махмудова Б.Ш</i>	129
НУКЛЕОТИДЛАР АЛМАШИНУВИНИНГ ЁШГА БОҒЛИҚЛИГИ ВА АЙРИМ КАСАЛЛИКЛАРИ <i>Артиқова С.У., Бокиев М.М.</i>	130
НУКЛЕОПРОТЕИНЛАР ҲАЗМЛАНИШИ ВА СЎРИЛИШИ <i>Ахмаджонов.Ш.С., Бокиев М.М.</i>	130
КЎКРАК БЕЗИ САРАТОННИ СКРИНИНГ ВА ЭРТА ТАШХИСЛАШ <i>М.О.Ахмаджонова. М. Н. Қодирова</i> <i>Андижон Давлат тиббиёт институти</i>	131
ИТЛАРДА ОРҚА ОЁҒИ АМПУТАЦИЯСИДАН КЕЙИН ДИНАМИКАДА МИЯЧА ЧУВАЛЧАНГИ НИШАБ БЎЛАГИ ПЎСТЛОҒИ ГАНГЛИОНАР ҚАВАТИНИНГ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ <i>У.Б.Ахмедов., Р.И.Исроилов</i>	133
БОЛАЛАРДА БИЛАК ВА ТИРСАК СУЯГИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ҲОЗИРГИ ЗАМОН ТАМОЙИЛЛАРИ <i>Ашуралиев Санжарбек, Қўлдашев Қахрамон Абдуҳалилович.</i>	133
ХУШОМАД КАТЕГОРИЯСИНИНГ СЕМАНТИК ХУСУСИЯТЛАРИ <i>З.Бадалова, Д.Н.Игамова</i>	134
ОИЛА ПОЛИКЛИНИКАСИ ШАРОИТИДА ФЕРТИЛ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР СИЙДИК ЙЎЛИ ИНФЕКЦИЯСИ ХАСТАЛИКЛАРИНИ САМАРАЛИ ДАВОЛАШ <i>С.Т.Бахромов, Ж.М. Худайбердиев, Г.У.Назарова</i>	135
ОЛИМА АЁЛЛАРНИНГ ОИЛА ТАРБИЯСИДАГИ ПЕДАГОГИК ВА ПСИХОЛОГИК РОЛИ <i>М.Х.Будикова</i>	136
ПУРИНЛИ НУКЛЕОТИДЛАР КАТАБОЛИЗМИ <i>Валиев М.О., Бокиев М.М.</i>	137
ТАЪЛИМ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШДА ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ ЎРНИ <i>Г.М. Ғофурова, Л.С.Худайбердиева</i>	137
БИРЛАМЧИ ТИЗИМ ФАОЛИЯТИДА БОЛАЛАРНИ КЎКРАК СУТИ БИЛАН БОҚИШ ҲАҚИДА ОНАЛАРНИНГ ХАБАРДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ОШИРИШ <i>Гуломиддинов Ботиржон, Рахматова М.М., Я.Ф. Усманова</i>	139
БИРЛАМЧИ ТИЗИМДА ЎСМИРЛАР ОРАСИДА ОДАМ ПАПИЛЛОМА ВИРУСИГА ҚАРШИ ЭМЛАШ МУОЛАЖАЛАРИНИ ОЛИШ МУҲИМЛИГИ ҲАҚИДА ОНАЛАРНИНГ ХАБАРДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ОШИРИШ <i>Гуломиддинов Ботиржон, Я.Ф. Усманова Рахматова М.М.,</i>	139
ИНСОН ХУЛҚИ ВА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ <i>Жакбаралиев Сардорбек, Худайбердиев Ж.М.</i>	140
БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ БИТИШМАЛИ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИДА ҚИЁСИЙ ЁНДОШУВЛАР <i>Жумаев Отабек Бахтиёр угли, Э.А Бердиев</i>	141
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТАНА ВАЗМИНИ ОРТИШИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎРГАНИШ <i>Жўраева М.А., Холикова Д.С., Ашуралиева М.А., Ашуралиева Н.Д., Очилдиев Ж.З.</i>	142
ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИНИ 18 ЁШГАЧА БОЛАЛАРНИНГ АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИГАТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ <i>Исакова Н.Р., Махмудова Х.Т., Нишонов Ю.Н.</i>	143
БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ВА УНИНГ АТРОФИ СОҲА ГЕМАНГИОМАЛАРИ <i>М.А.Каримов, Х.Х.Нурматова</i>	143
БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ, БОШ ВА ЮЗ – ЖАҒ СОҲА ГЕМАНГИОМАЛАРИ <i>М.А.Каримов, Р.Р.Садиков, Х.Х.Нурматова</i>	144

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

БИОЛОГИК ЁШНИ КАЛЕНДАРЬ ЁШГА МОСЛИГИНИ АНИҚЛАШ УСУЛИ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	145
МИНИ –ПИЛИЛАР (ФАҚАТ ПРОГЕСТЕРОНЛИ ОРАЛ КОНТРАЦЕПТИВЛАР ФПОК) <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	145
ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	146
ИЧАК ЯЛЛИҒЛАНИШ СИНДРОМИ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	147
БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК КЎРСАТКИЧИ ҲАМДА ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	147
ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯНИНГ БИВ УСУЛЛАРИ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	148
ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯ ИХТИЁРИЙ ЖАРРОХЛИК КОНТРАЦЕПЦИЯ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	148
ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯ ГОРМОНАЛ УСУЛЛАР <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	149
ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР ВА УЛАРНИНГ БОЛАЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	150
ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯ ФАҚАТПРОГЕСТОГЕНЛИ ИНЪЕКЦИОН КОНТРАЦЕПТИВЛАР <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	150
ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШ КЎРСАТКИЧИ ВА УЛАРНИ БАҲОЛАШ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	151
ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯНИНГ ТЎСИҚЛИ УСУЛЛАРИ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	151
60 ЁШДАН КАТТА ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ЎРТАСИДА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛАГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	152
60 ЁШДАН КАТТА ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ЎРТАСИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ТАРҚАЛИШИ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	153
КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА АСКАРИДОЗ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН КАМҚОНЛИКНИ ДАВОЛАШ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	153
ИЧАК ЯЛЛИҒЛАНИШ СИНДРОМИ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	154
ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШ КЎРСАТКИЧИ ВА УЛАРНИ БАҲОЛАШ <i>Каримова К. Акбарова. Г.Х.</i>	154
ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР ВА УЛАРНИНГ БОЛАЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ <i>Каримова К.Д., Акбарова. Г.Х.</i>	155
ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН – МАКТАБ ОСТОНАСИДАН, ТАЪЛИМ-ТАРБИЯ ТИЗИМИДАН БОШЛАНАДИ <i>Каримжонов Саида, Хаджамуратова М.Х.</i>	155
БОЛАЛАРДА КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ЕЛКА ВА ТИРСАК БЎҒИМИКОНТРАКТУРАЛАРИНИ ЭРКИН БУТ ТЕРИ ЁРДАМИДА БАРТАРАФ ЭТИШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ <i>Кетмонов А.Г., Абдурахимов С.О.</i>	156
ОИЛАДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ <i>Д.Қодирова, М.Қўзибоева</i>	157
МУРОЖААТНОМА ВА МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ МАСАЛАСИ <i>Комилова Дилноза, Хаджамуратова М.Х.</i>	158
ГИСТАМИННИНГ АЛЛЕРГИК ВА ЯЛЛИҒЛАНИШ РЕАКЦИЯЛАРИ КЕЛИБ ЧИҚИШИДАГИ АҲАМИЯТИ <i>Қутбидинов Ф.А., Бокиев М.М.</i>	158
ТЕМИР ТАНКИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА МАЛЬТОФЕР СИРОПИНИ АСКОРБИН КИСЛОТАСИ БИЛАН БИРГА КЎЛЛЛАНИШИ <i>Латинов Р.Ж., Абдуллаева Д.А.</i>	159
БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ПАКРИАТИТНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ	159

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

<i>Латифов Р.Ж., Д.А.Абдуллаева</i>	
МАЪНАВИЙ КОМИЛЛИК ВА ИНСОН ҚАЛБИГА ЙЎЛ <i>Мадаминова Зебинисо, Одилова Н.М.</i>	160
ТАЛАБАЛАРДА БИЛИМ, КЎНИКМЛАРНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА МУДУЛ ТИЗИМИНИНГ ТУТГАН ЎРНИ <i>Мадаминова З.Ш., Саттаров Акрам Мадаминович</i>	161
ЁШЛАР ТАЪЛИМ -ТАРБИЯСИДА АХБОРОТ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ТУТГАН ЎРНИ <i>Мадаминова З.Ш., Саттаров Акрам Мадаминович</i>	161
САБЗАВОТ ВА ПОЛИЗ МАҲСУЛОТЛАРИНИНГ БИОЛОГИК ҚИЙМАТИНИ БАҲОЛАШ УСЛУБЛАРИ <i>Маликов З.М., Файзибоев П.Н.</i>	162
НОТРАВМАТИК МИЯ ИЧИ ҚОН ҚУЙИЛИШЛАРНИ ЖАРРОХЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ ТАЖРИБАСИ <i>А.Б.Мамадалиев, Хурсанов А.А., Кариев Г.М.</i>	162
ИНДОМЕТАЦИН КЕЛТИРИБ ЧИҚАРГАН МЕЪДА ЯРАСИДА ЛЕСБОХОЛ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ <i>Мамадалиев Ш.И., Махмудова К.А., Ризакова Д.П.</i>	163
ТЕМИР ТАНКИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ФЕРУМ ЛЕК ПРЕПАРАТИНИ АСКОРБИН КИСЛОТАСИ БИЛАН БИРГА ҚЎЛЛАНИШИ <i>Мамасидиқова Ф.Б., Умарова М.А.</i>	164
БОЛАЛАРДА ВИТАМИН Д НИ ҚЎЛЛАШ ВА УНИ ОРТИБ КЕТИШИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ <i>Умарова М.А.</i>	164
БРОНХО-ОБСТРУКТИВСИНДРОМКУЗАТИЛГАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШДА ВИРУСГА ҚАРШИ ПРЕПАРАТЛАР САМАРАДОРЛИГИ <i>Мамасидиқова Ф.Б., Тўрақулова Х.Э.</i>	165
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ ВА ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИ МЕЗОНЛАРИ <i>Маматхужаев З.С. – магистратура талабаси</i>	165
ЮҚТҚДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИНИ АҲАМИЯТИ <i>Маматхужаев З.С., Хужамбердиев М.А.</i>	166
ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА ИММУН ТИЗИМНИ ЯЛЛИҒЛАНИШ РЕАКЦИЯЛАРИНИ АҲАМИЯТИ <i>Маматхужаев З.С., Хужамбердиев М.А.</i>	166
ҚАНДЛИИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ ВА УНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ <i>Маркабоев А.К., Махмудова Х.Т.</i>	167
ҚВП ШАРОИТИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ЗАРАРСИЗ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ <i>Мадумарова З.Ш., Бойқўзиева М.Б.</i>	169
БЕЛ УМУРТҚАСИ ПРОТРУЗИЯ ВА ЧУРРАСИНИ КЛИНИК ВА ПАТОМОРФОЛОГИК ТАШХИСЛАШ <i>Махкамов Н.Ж., Тожибоев Ж.Б., Жўраева Ш.Н.,</i>	169
УМУРТҚА ТОҒАЙЛИ ДИСКИ ЗАМОНАВИЙ ТАЛҚИНДАГИ ТУЗИЛИШИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ <i>Махкамов Н.Ж., Тожибоев Ж.Б., Махаммаджонов З.Х.</i>	170
МИЖОЗЛАРГА АВТОМАТЛАШТИРИЛГАН ХИЗМАТ КЎРСАТИШДА КРЕДИТ ОМИЛЛАРИ <i>Мирзакаримов Б.А., Бозоров А.А.</i>	171
БОЛАЛАРДА НЕОНАТАЛ ДАВРДА ЎПКА ВЕНАЛАРИНИ МОРФОМЕТРИК ТАҲЛИЛИ <i>Миришаропов Ўткир Миришаропович, Содиқова Зумрат Шавкатовна, Султонов Равшан Комилжонович</i>	172
СОН-ЧАНОҚ БЎҒИМИ АРТРОЗЛАРИНИ ДАВОЛАШ <i>Неъматжонов Б., Мамаджанов К.Х.</i>	173
СОН СУЯГИ ДИАФИЗ ҚИСМИ СИНИШЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ <i>Неъматжонов Б.Т., Жураев М.А., Мамаджанов К.Х.</i>	174
УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРНИ ДАВОЛАШДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШ <i>Нематов Н.Қ., Эхсанов Ш.З., Хакимов С.Қ., Мамаджанов К.Х.</i>	174
ҒАРБ ЁШЛАРИ СУБМАДАНИЯТИ НИМА? <i>Низомова М.Ў., З.Раҳматова</i>	175
ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ АНЕМИЯСИ ҲАҚИДА ТУШУНЧА <i>Низомова М.Ў., Абдуваҳодова Н</i>	176

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

БОЛАЛАРДА ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯНИ ДАВОЛАШ ВА ДИАГНОСТИКАСИДА ЛАПАРОСКОПИЯНИ АҲАМИЯТИ <i>Норқобилов Ш.Й., Бердиев Э.А.</i>	177
БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯ ХАСТАЛИГИНИ ДАВОЛАШ <i>Нурматов Ё.Х., Алимов М.М., Шониятов Э.П., Шамсиддинов Ш.И.</i>	178
БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯ ХАСТАЛИГИНИГ ПЕНИАЛ ШАКЛИДА НЕОУРЕТРАПЛАСТИКА УСУЛЛАРИНИНГ НАТИЖАЛАРИ ТАҲЛИЛИ <i>Нурматов Ё.Х., Алимов М.М., Шониятов Э.П., Шамсиддинов Ш.И.</i>	178
МУСТАҲКАМ ОИЛА – ЮРТ ТАЯНЧИ <i>Ў.С.Пўлатова, М.Х.Будикова</i>	179
МЕТАЛОКЕРАМИКА ВА ЦИРКОН ПРОТЕЗЛАРИ ҚЎЛЛАНИЛГАНДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРТАҲЛИЛЛАРИ <i>Ражабов О.А., Хайитова М.А.</i>	180
СТОМАТОЛОГИК КЎРИГНИНГ НИКОҲЛАНУВЧИЛАРНИ ТИББИЙ КЎРИҚДАН ЎТКАЗИШДАГИ ЎРНИ <i>Рахматуллаева Д.У., Суръатов Д.Х., Махмуджонов Ш.У.</i>	181
ОНА ВА БОЛА СОҒЛИҒИГА ЭЪТИБОР – ЖАМИЯТГА, КЕЛАЖАККА ЭЪТИБОР <i>Рахмонов Р.Р.</i>	181
АҲОЛИ СОҒЛИГИНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИ ТАКОМИЛЛАШИШИ <i>Рахмонов Р.Р.</i>	182
БОЛАЛАР ОРАСИДАГИЖЖА КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ТЎҒРИСИДА <i>М.М. Рахматова, Гуломиддинов Ботиржон, Рахматова М.М.,</i>	183
БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ГИНГИВИТНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ <i>Рихсиева Д.Ф., Абдуллаев Ж.Р.</i>	184
ДОРИ МАҲСУЛОТЛАРИНИ ЭРИШ КИНЕТИКАСИНИ МАТНСАД ДАСТУРИДА МОДЕЛЛАШТИРИШ <i>Рустамов М.М., Мирзакаримов Б.А.</i>	184
МУРОЖААТНОМАДА ИЖТИМОИЙ ҲИМОЯ МАСАЛАСИ <i>Сарбоева Шукрона, Хаджамуратова М.Х.</i>	185
ОИЛА – ИНСОНИЯТНИНГ ЯШАШ ТАРЗИ, ИЖТИМОИЙ ҲАЁТНИНГ МУХИМ, ЭНГ ҚАДРЛИ ЗИЙНАТИ <i>Д.Содиқова, Ю.О.Эргашева</i>	185
ЭНДОСКОПИК РЕТРОГРАД ПАНРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ВА ЭНДОСКОПИК ЛИТОКЭСТРАКЦИЯДАН СЎНГИ БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ <i>Суюнов Д.М., М.М.Мадазимов</i>	189
САЛБIIЙ ИЛЛАТЛАРНИ СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА ТАЪСИРИ <i>Тоғжиева Мафтунахон, Хаджамуратова М.Х.</i>	190
АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «МЕЗОНИТ» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ <i>Тошпўлатова Шахзода Ойбек қизи, Алиев Л.М.</i>	190
БОЛАЛАРДА СЕПТОПЛАСТИКА ОПЕРАЦИЯЛАРИДА ПАСТ ОҚИМЛИ ИНГАЛЯЦИОН АНЕСТЕЗИЯНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ <i>Тургунов Д. Д., Юсупов А.С.</i>	191
НЕЙРОДЕРМИТ КАСАЛЛИГИНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ПЕЛЕМЕТАЗОН» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ <i>Турсунбоева М., Ботиров К.З.</i>	191
БИРЛАМЧИ ТИЗИМДА БОЛАЛАРДА РАХИТ КАСАЛЛИГИ БИЛАН НАЗОРАТДА ТУРГАН БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ <i>Усмонов Зафар, Рахматова. М.М.</i>	192
ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ДАВО ЧОРАЛАРИ <i>Фозилжонов Нодира, Махмудова Б.Ш.</i>	193
СПОРТ – СОҒЛОМ ҲАЁТ ГАРОВИ <i>Хаджамуратова М.Х.</i>	193
МУРОЖААТНОМА ВА ЁШЛАР КЕЛАЖАГИ <i>Хаджамуратова М.Х.</i>	194
МУРОЖААТНОМАДА ИНСОН САЛОМАТЛИГИНИ МУСТАҲКАМЛАШ МАСАЛАСИ <i>Хаджамуратова М.Х.</i>	194
“ОНА ВА БОЛА СОҒЛИҒИГА ЭЪТИБОР – ЖАМИЯТГА, КЕЛАЖАККА ЭЪТИБОР <i>Хаджамуратова М.Х.</i>	195
АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ ВА СПОРТНИНГ ЎРНИ	196

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

<i>Хўжсанова Паризод, Хаджамуратова М.Х.</i>	
ИЖТИМОЙ РИВОЖЛАНИШ ВА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ МАСАЛАСИ	196
<i>Халилова Хуснидабону, Хаджамуратова М.Х.</i>	
ТИЗЗА БЎҒИМИ АРТРОЗЛАРИНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ	197
<i>Ҳакимов С.Қ., Собиров Қ.Қ., Мамаджанов К.Х.</i>	
ГИСТАМИН ҲОСИЛ БЎЛИШИ ВА АҲАМИЯТИ	198
<i>Ҳакимова.А.М., Бокиев М.М</i>	
ХОДЖКИН ЛИМФОМАСИ ШВ БОСҚИЧИДА ХИМИОТЕРАПИЯНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ	198
<i>Ҳасанов Д.Ш., Одилов Д.Д., Махмудов А.</i>	
НОХОДЖКИН ЛИМФОМАСИ Ш БОСҚИЧИДАТАРГЕНТ ХИМИОТЕРАПИЯСИ	199
<i>Ҳасанов Д.Ш., Одилов Д.Д., Махмудов А.</i>	
ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИНИНГ ЭРОЗИВ ШИКАСТЛАНИШИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА КОМОРБИД ҲОЛАТЛАРНИ ТАХЛИЛ ҚИЛИШ	199
<i>Ҳодиева Ш.Б., Шайхова М.И.</i>	
БЕМОРЛАР ОВҚАТЛАНИШ ТУРИ ВА ТАРТИБИНИ ХИСОБГА ОЛГАН ХОЛДА ИЧАК МИКРОФЛОРАСИ МЕТАБОЛИЗМИГА ТАЪСИРИ	200
<i>Ҳоликова Д.С., Жўраева М.А., Ашуралиева М.А., Ашуралиева Н.Д., Очилдиев Ж.З.</i>	
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АНТРОПОМЕТРИК ЎЗГАРИШЛАРНИ КЎРИБ ЧИҚИШ	201
<i>Ҳоликова Д.С., Жўраева М.А., Ашуралиева М.А., Ашуралиева Н.Д., Очилдиев Ж.З.</i>	
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИКА ШАРОИТИДА БОЛАЛАР ЎРТАСИДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА –ТАДБИРЛАРИ	201
<i>Шаробиддинов Н.В., Я.Ғ.Усманова</i>	
БИРЛМЧИ ТИББИЙ САНИТАРИЯ ЁРДАМИ МУАССАСАЛАРИ ШАРОИТИДА АҲОЛИ ЎРТАСИДА СЕМИЗЛИКНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ	202
<i>Шаробиддинов Н.В., Я.Ғ.Усманова</i>	
МАКТАБ ТАЪЛИМИНИ ТУБДАН ЎЗГАРТИРИШ ВА УНИНГ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ ХУСУСИДА	203
<i>Шаробиддинов Б.Т., Рахмонов Р.Р.</i>	
ОНАЛИК ВА БОЛАЛИКНИНГ МУҲОФАЗА ЭТИЛИШИ	203
<i>Шокаримова Н.Б., Рахмонов Р.Р.</i>	
ХОМИЛАДОР ВА ТУҒУВЧИ АЁЛЛАРДА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ БИЛАН БОҒЛИҚ НОХУШ САЛБИЙ ҲОЛАТЛАР	204
<i>Шухратов Х.Д., Боймонов Ф.Х.</i>	
ГЕПАТИТ С БИЛАН КАСАЛЛАНГАН КАТТАЛАР БЕМОРЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР	204
<i>Шукуров Тоҳали Дилмурод ўғли, Сабиров А.А.</i>	
ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С ДА УЛЬТРАТОВУШ ДОППЛЕР ТЕКШИРУВИНИНГ АҲАМИЯТИ	206
<i>Шукуров Тоҳали Дилмурод ўғли, Сабиров А.А.</i>	
ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ КЕЛИБ ЧИҚИШИНING КЕКСА ЁШДАГИ АҲОЛИ ЎРТАСИДА ПРОФИЛАКТИК ХУСУСИЯТЛАРИ	207
<i>К.Н. Эргашев., Ж.А.Ганижонов., Х.К.Усмонов</i>	
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИ БИРЛАМЧИ ТИЗИМИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРНИ АНИКЛАШ ВА УЛАРНИ ПАТРОНАЖ ХАМШИРАСИ ТОМОНIDАН ПАРВАРИШ ҚИЛИШ	208
<i>Юсупова Малика Эркин кизи, Тиллабаева Акида Ариповна</i>	
РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	208
<i>Аббосхонов Н., Холикова Д.С.</i>	
РОЛЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНОЙ БОЛЬЮ	209
<i>Абдужалилова М., Зияева М.К.</i>	
ФИЗИЧЕСКАЯ МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ: АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ	210
<i>Абдукахарова С.К., Асранкулова Д.Б.</i>	
ПОКАЗАТЕЛИ ВОЗРАСТНОЙ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	211
<i>Абдукадирова З.Б., Турабидинова Г.А.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИММУННЫХ СИСТЕМ ПРИ	212

ВОЗНИКНОВЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Абдукадирова З.Б., Турабидинова Г.А.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАТАРАКТОЙ В СОЧЕТАНИИ С ГЛАУКОМОЙ <i>Абдукодирова З.Б., Парманкулова Ю.Д.</i>	212
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГЛАУКОМЫ И КАТАРАКТЫ <i>Абдукодирова З.Б., Парманкулова Ю.Д.</i>	213
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ <i>Абдукаххаров О. Ибрагимов М.Б</i>	214
НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ <i>Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.</i>	215
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УРАТНЫМ ЛИТИАЗОМ <i>Абдулазизов С.А., Хужамбердиев У.Э., Рустамов У.М., Садикова Д.И., Хамраев О.А.,</i>	216
КАРДИОГЕННЫЙ ШОК ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>Абдуллаев К.А., Исмаилов И.И.</i>	217
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА <i>Абдупаттоев Д.У., Улмасов М.В., Косимов А.Л., Косимов Н.А.</i>	218
КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ КОЖИ <i>Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.</i>	219
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХИРОКАИНА (ЛЕВОБУПИВАКАИНА) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ <i>Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.</i>	220
МАГНИТОПЛАЗМЕННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ <i>Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.</i>	221
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СОСУДАХ ШЕИ <i>Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.</i>	222
РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЯМИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ <i>Абдуллаев Д.Б.</i>	223
ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЯМИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ <i>Абдуллаев Д.Б.</i>	224
ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ <i>Абдуллаев Жавахир Ойбек угли, Рахмонова Феруза Муталибовна</i>	225
ТРЕВОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Абдуллаев К.А., Примкулова Г.Н.</i>	225
ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА И ПРОГНОЗОМ У МУЖЧИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ <i>Абдуллаев К.А., Примкулова Г.Н.</i>	226
ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУРЫ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ГРУДИ И ЖИВОТА ПРИ ПАДЕНИЯХ <i>Абдуллаев Ш.А., Салимова М.А. С.И. Индиаминов</i>	227
ФАКТОРЫ РИСКА ПОЛЛИНОЗА ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Абдуллаева М.Н. Абдуллаев Н.Ч.</i>	228
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АЛГОРИТМ ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ <i>Абдулхаева Б.Х., Абдурахмадов А.А. Отакузиев А.З.</i>	228
ВЛИЯНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Абдуманнопова З., Негматшаева Х.Н.</i>	230
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	230

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

<i>Абдулхамидов М., Хафизова З.Б.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕЗА COVID-19	231
<i>Абдурахимов А.Х., Асланов М.Н., Хегай Л.Н., Сайфуллаева С.А.</i>	
РОЛЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	232
<i>Абдурахимов А.Х., Асланов М.Н., Хегай Л.Н., Сайфуллаева С.А.</i>	
«ЦИТОКИНОВЫЙ ШТОРМ» ПРИ COVID-19	232
<i>Абдурахимов А.Х., Асланов М.Н., Хегай Л.Н., Сайфуллаева С.А.</i>	
ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У БОЛЬНЫХ С ХПЗ	233
<i>Абдурахимов А.Х., Асланов М.Н., Хегай Л.Н., Сайфуллаева С.А.</i>	
РАК РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ	234
<i>Абдурахмонова Ж.Т. Султонкулова М.К., Мамарасулова Д.З.</i>	
ГРЕКО-ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ КАК ОСНОВА МЕДИЦИНСКОЙ ЛЕКСИКИ	234
<i>Абдурахманова Мадина Улугбековна</i>	
ЗАКОНОМЕРНОСТИ МАКРО-МИКРОСКОПИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СТРУКТУР СЕРДЦА В ОНТОГЕНЕЗЕ	235
<i>Абдурашидов А.А., Кадиров Ш.Н.</i>	
ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СТОПЫ ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАТЕЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ	236
<i>Абдурашидов А.А. Кадиров Ш.Н.</i>	
ПРИНЦИПЫ НЕФРОНОГЕНЕЗА ПОЧКИ ПРИ РОЖДЕНИИ В ПРОЦЕССЕ ОНТОГЕНЕЗА	237
<i>Абдурашидов А.А., Кадиров Ш.Н.</i>	
АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАКЦИИ СОСУДИСТОГО РУСЛА В НЕСВОБОДНОМ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНОМ ПАХОВОМ ЛОСКУТЕ ПОСЛЕ ЕГО ПЕРЕСАДКИ	237
<i>Абдурашидов А.А., Кадиров Ш.Н.</i>	
КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	238
<i>Абдурашидов А.А., Кадиров Ш.Н.</i>	
МИКРОАНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАКЦИИ СОСУДИСТОГО РУСЛА В НЕСВОБОДНОМ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНОМ ПАХОВОМ ЛОСКУТЕ ПОСЛЕ ЕГО ПЕРЕСАДКИ	239
<i>Абдурашидов А.А. Кадиров Ш.Н.</i>	
ГИГИЕНИЧЕСКИЙ УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	239
<i>Абдурашидов У., Садикова И.Я.</i>	
ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	240
<i>Абдурашидов У., Садикова И.Я.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	241
<i>Абдумажидов А.Г., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Каримов А.Х.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ	242
<i>Абдумажидов А.Г., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Азимова Г.А.</i>	
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ	243
<i>Абдурашидов З., Расулова М.М.</i>	
ГЕМОКОАГУЛЯЦИОННЫЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ	244
<i>Абдусаматова Н., Гафурова Л.М.</i>	
КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИЙ КРОВОТОКА У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	245
<i>Абдусатторова Д., Шокирова Г.К.</i>	
ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ХРОНИЧЕСКИХ ТИКОЗНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	246
<i>Авазбеков А.А., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Каримов А.Х.</i>	
КАЧЕСТВО МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ	247
<i>Авезова С.М.</i>	
ВЕДЕНИЕ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ	248

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

<i>Айнутдинова (Маманазарова Н.) Мамажонова С.О.</i>	
СРАВНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ МРТ И УЗИ У ИССЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ РАКЕ ЭНДОМЕТРИЯ	248
<i>Азимова Гулбахор, Ибрагимова Махлиё, Турабжонова Дилафруз, Мамарасулова Д.З.</i>	
ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	249
<i>Айнутдинова Н. Мамажанова С.О.</i>	
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У НЕЙРОЛЕПТИКОВ	249
<i>Акбаралиев Ж., Зияева М.К.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	250
<i>Акбарова М., Акбарова Р.М.</i>	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА НОВОРОЖДЕННОГО: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	251
<i>Акбарова М., Акбарова Р.М.</i>	
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ	252
<i>Акбарова М., Махсудова Х.Ф.</i>	
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ (ЗОЖ) - ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ	253
<i>Акмалов А.А., М.Х. Салиева, М.М. Мирзаева</i>	
РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИКИ В УЗБЕКИСТАНЕ	254
<i>Акрамходжаева Зиёда, Мамаджанова М.Р.</i>	
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	255
<i>Алибеков О.О., Маматалиев А.Р, Исроилов Р.И.</i>	
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИОМЫ МАТКИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	256
<i>Алибеков О.О., Маматалиев А.Р, Исроилов Р.И.</i>	
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА	257
<i>Алибоев М.Р., Ахмадбеков Б.О. Тургунбоев А.И.</i>	
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ КОНЦЕПТ В ПОЛЬЗУ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА	258
<i>Алиева М.Б., Ханкелдиева Х.К.</i>	
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	259
<i>Алиева М.Б., Ханкелдиева Х.К.</i>	
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРИКОЗУРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	260
<i>Аллатов Б.М., Абдираунова Н.А., Гаппарова Г.Н.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ	260
<i>Анваржонов Ш.У., Касимова Г.З.</i>	
ВЛИЯНИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЗАКАЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТОБОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	261
<i>Анваржонов Ш.У., Касимова Г.З.</i>	
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	262
<i>Анваржонов Ш.У., Касимова Г.З.</i>	
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ	263
<i>Араббоев А., Кадиров Х.С.</i>	
ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ	264
<i>Араббоев А., Кадиров Х.С.</i>	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ	265
<i>Араббоев А., Кадиров Х.С.</i>	
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	265
<i>Арипов Ф., Умарова М.М.</i>	
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ	266
<i>Асрарова З.Д. Каримова З.К.,</i>	
СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЯМИ	267
<i>Ахмаджонов Р.С., Юлдашева Н.Э.</i>	

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ <i>Ахмедова Д., Рахимов Х.Х.</i>	268
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Ахмедова Д., Рахимов Х.Х.</i>	269
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОСТАГЛАНДИНА ДЛЯ СОЗРЕВАНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ <i>Арипова М. Ахмаджанова Г.М.</i>	269
ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ БОЛЕЗНЯХ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ <i>Ахмедов М., Саматов У.А.</i>	270
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Ашуров А., Мирзаалимов С.Т.</i>	270
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ <i>Ашуров Сардор Тулабой угли, Маматкулов И.Б.</i>	271
ЭССЕ В КАЧЕСТВЕ НОВОГО СТИЛЯ НАПИСАНИЯ АКАДЕМИЧЕСКОГО ТЕСТА <i>Г.Ашурова, - Д.Н.Исмаева</i>	272
ПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ <i>Батиров А.К., Эгамов С., Батиров Ж.А., Изатуллаев И.Р., Носиров М.М., Расулов М.Т</i>	273
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ <i>Батиров А.К., Эгамов С., Батиров Ж.А., Носиров М.М., Изатуллаев И.Р., Расулов М.Т.</i>	274
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>С.Т.Бахрамов, А.А.Хикматов, Г.У.Назарова</i>	275
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИРУДОТЕРАПИИ ПРИ НАРУЖНОМ ОТИТЕ <i>Бахритдинов З.П., Норбоев З.К., Пардаев Д.Ё.</i>	275
АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДИК ГИРУДОТЕРАПИИ НАРУЖНОГО ОТИТА <i>Бахритдинов З. П., Норбоев З.К., Пардаев Д.Ё.</i>	276
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО ОТИТА ПРИ ПОМОЩИ ГИРУДОТЕРАПИИ <i>Бахритдинов З.П., Норбоев З.К., Пардаев Д.Ё.</i>	277
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ОТИТА ПРИ ПОМОЩИ ГИРУДОТЕРАПИИ <i>Бахритдинов З.П., Норбоев З.К., Пардаев Д.Ё.</i>	278
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ <i>Бахриддинова Х., Юлдашева О.С.</i>	279
ОСОБЕННОСТИ МОТОРНО-СЕКРЕТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ <i>Бахромов А.Д., Артикова Д.М.</i>	280
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Бахтиёрова М.М, Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф.</i>	280
ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ <i>Бахтиёрова М.М., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф.</i>	281
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>Бекмуродова А. Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т.</i>	282
ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА В НОРМЕ И ПРИ ЕГО ПОРОКАХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 29 ЛЕТ <i>Бекташев И.Б., Собиров А.А.</i>	283
ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА <i>Бекташев И.Б., Собиров А.А.</i>	284
ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА В НОРМЕ И ПРИ ЕГО ПОРОКАХ <i>Бекташев И.Б., Собиров А.А.</i>	285
ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СОСТОЯНИЕ СИМПАТИКО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ И ЕЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ <i>Бекташев И.Б. Кодирова Г.И.</i>	286
ОСОБЕННОСТИ НОВОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	286

СЕРДЦА НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ОТРАБОТАННОГО ВОЗДУХА <i>Бекташев И.Б., Кодирова Г.И.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ <i>И.Б. Бекташев, Р.А. Хакимова</i>	287
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА <i>Бекташев И.Б., Дильшиодов А.Д. Юсупова Ш.К.</i>	288
БЛИЗКОРОДСТВЕННЫЕ БРАКИ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОТОМСТВА <i>Бекмуротов А.Б., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М., Каримов А.Х.</i>	288
ОПАСНОСТЬ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ ОКАЗАЛАСЬ ПЕРЕОЦЕНЕННОЙ <i>Бекмуротов А.Б., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М., Каримов А.Х.</i>	290
СИМУЛЯЦИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНА СЕРДЦА <i>Бобоев М.М., Юлдашев Р.Н.</i>	291
НОВЫЕ ДИАБЕТИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ В УЗБЕКИСТАНЕ ОРГАНИЗАЦИЯ <i>Бобоев М.М. Юлдашев Р.Н.</i>	291
ПРИЧИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ <i>Бозорбоева Г., Юсупова У.М.</i>	292
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ <i>Бобокамбаров Н.А., Исламов Ш.Э.</i>	292
ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУРЫ ГОЛОВЫ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА И СВОЙСТВА ТРАВМИРУЮЩЕГО ТУПОГО ПРЕДМЕТА <i>Бойманов Ф.Х. Мамадиёрова М.А., С.И. Индияминов</i>	293
ДЕЗЛОРГИН В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ <i>Ботиров К.З., Турсунбоева Мадинабону Тўлқинбой Қизи</i>	293
РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ <i>Болтабоева Г.И., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.</i>	294
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ А1-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ <i>Болтабоев Д., Мирзаалимов С.Т.</i>	295
РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>Болтабоева Г.И., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.</i>	296
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЭРИТРОПОЭЗА ПРИ АНЕМИИ, НАБЛЮДАЕМОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ <i>Болтабоева З.К., Юлдашева Н.Э.</i>	298
СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА <i>Болтабоев А., Абдуллаева К.А., Усмонова Д.Н.</i>	299
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОСТОРОННЕЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ СТОМОЙ <i>Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Султонов Х.С.</i>	300
ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ СТОМЕ <i>Ботиров Ж.А., Ботиров А.К. Султонов Х.С.</i>	301
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СТОМАХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА <i>Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Султонов Х.С., Расулов М.Т.</i>	302
РАЗВИТИЕ У УЧАЩИХСЯ ИНТЕРЕСА К ЧТЕНИЮ <i>Буранова Нилуфар Шавкатовна</i>	303
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ФИТОТЕРАПИИ <i>Бутабоева М.М., Минаваров Р.А., Солиев И.М., Қосимов И.У.</i>	304
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ <i>Бутабоев М.Т., Солиев И.М.</i>	304
КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКОЙ МАНИПУЛЯЦИИ В ОСНОВЕ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Бутабоев М.Т., Қосимов И.У., Минаваров Р.А., Солиев И.М.</i>	305

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ <i>Бутабоев.М.Т., Солиев И.М.</i>	305
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИИ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Вакксов С., Нишинова Д.В.</i>	306
КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЧРЕЗМЕРНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ УВЕЛИЧЕНИЕМ МАССЫ ТЕЛА <i>Вакксов С., Нишинова Д.В.</i>	307
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ <i>Валижонов Б., Ибрагимов М.Б.</i>	308
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА <i>Вафокулова М.Г., Ирмухамедов Т.Б.</i>	309
ХАРАКТЕР СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ТУЛОВИЩА У ЛИЦ ПЕШЕХОДОВ ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМУ ПРИ СТОЛКНОВЕНИЯХ С АВТОМОБИЛЯМИ <i>Гамидов С.Ш., Юнусова О.Р., С.И.Индиаминов</i>	309
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА <i>Ганиев Б., Мамасалиев Н.С., Холикова Н.А.</i>	310
ОСОБЕННОСТИ ПРЕВАЛЕНСА «ГЛАВНЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА <i>Ганиев Б., Мамасалиев Н.С., Холикова Н.А.</i>	310
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ) <i>Ганиев Б., Мамасалиев Н.С., Холикова Н.А.</i>	311
РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА <i>Ганиев Б., Мамасалиев Н.С., Холикова Н.А.</i>	312
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛАНГИТОМ <i>Ганижонов Ж.А., Касимов А.Л.</i>	312
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ: РАСПРЕДЕЛЕНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА <i>Гозиева Ш.С., Асранкулова Д.Б.</i>	313
ПРИОБРЕТЕНИЕ СТУДЕНТАМИ НАВЫКОВ РАБОТЫ САВТОМАТИЗИРОВАННЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ СИСТЕМАМИ <i>Ш.А.Гуламов, Д.Т.Комилова</i>	314
ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ <i>Гуломова Ш.Р. Исраилов Р.И.</i>	314
КЛИНИЧЕСКИЕ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИЙ ПОРАЖЕНИЙ СТРУКТУРЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <i>Давранова А.Э., Махмудова Н.Ш., С.И.Индиаминов</i>	315
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНОВ В АКУШЕРСТВЕ <i>Дадажонов М.А., Мухитдинова Т.К.</i>	316
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕТОДОВ РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОСТАГЛАНДИНА Е 1 <i>Дадажонов М.А., Мухитдинова Т.К.</i>	317
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ И ИСХОД РОДОВ <i>Дадажонов М.А., Мухитдинова Т.К.</i>	318
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК <i>Даминава К.М.</i>	319
ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ COVID-19 <i>Даминава М.Н., Абдуллаева О.И., Даминава Х.М.</i>	320
ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ИХ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ <i>Джурраев Н.Н., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.</i>	321
ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАРОДНЫМИ МЕТОДАМИ	322

<i>С.А.Девятков, Р.А.Минаваров</i>	
ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ <i>Дехконов Лазизбек Отабек угли, Исмаилова Махфуза Убайдуллаевна</i>	323
ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ ПРИ УЗЛОВОЙ ФОРМЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Дилишодов А.Д., Урманбаева Д.А.</i>	323
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Дилишодов А.Д. Урманбаева Д.А.</i>	324
УРОВЕНЬ МЕСТНОЙ АНАСТЕЗИИ ПРИ УДАЛЕНИИ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА <i>Дилишодов А.Д., Урманбаева Д.А.</i>	325
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИССЕМНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Дилишодов А.Д., Урманбаева Д.А.</i>	325
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА, СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ <i>Дилишодов А.Д., Алимова Г.М.</i>	326
ТИПОЛОГИЯ, СТРУКТУРА И МЕТОДЫ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ АСТЕНИЧЕСКОГО ТИПА РЕМИССИЙ ПРИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ <i>Долимова М.А., Аграновский М.Л., Исламов Ш.Х., Салиев М.М., Муминов Р.К.</i>	327
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ <i>Долимова М.А., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Исламов Ш.Х.</i>	328
ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ВЫСОКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ОРГАНИЗМА <i>Асилбек Дилишодов, Д.К.Махсумова</i>	329
ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Жаббарова М., Шокирова С.М.</i>	330
ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ РОДОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ <i>Жаббарова Муниса Г., С.М. Шакирова</i>	331
КУЛЬТУРА РЕЧИ — ОСНОВА РЕЧЕВОГО МАСТЕРСТВА ЧЕЛОВЕКА <i>Жахонгиров Б., Гофурова Ю.К.</i>	332
МИКОБИОТА СЕМЕЙСТВА SOLANACEAE (ПОМИДОРЫ, БАКЛАЖАНЫ, БОЛГАРСКИЙ ПЕРЕЦ, КАРТОФЕЛЬ) В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ <i>Жохонгирова О.Н., Расулов У.Ш.</i>	332
ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТОРАКОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ <i>Жумабоев И.Ж., Юлдашев М.А.</i>	333
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ <i>Жумабоев И.Ж., Кетмонов А.Г.</i>	334
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛУРАНОМ И ДЕСФЛУРАНОМ В ПЕДИАТРИИ <i>Жуманиязов Рахимберди Каримберди угли, Маматкулов И.Б.</i>	334
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ <i>Жураев М.А., Нейматжонов Б.Т., Мамаджанов К.Х.</i>	335
ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИЕЙ <i>Жураев Ш.Т., Хасанова Ш.А.</i>	336
ПЫЛЬЦЕВАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ, КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ – ПРИЧИНЫ <i>Жураева М.К., Тухтаева О.Т., Назаров А.А.</i>	336
КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ <i>Жураева С.Т., Хасанова Ш.А.</i>	337
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА <i>Зайнобиддинова Д., Икрамова Ф.Д.</i>	338
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ	339

САЛЬПИНГООФОРИТОМ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Зияева Э.Р., Собирова М.Р., Н.Х.Рузиева</i>	
ФОРМИРОВАНИЕ МЕЖКУЛЬТУРНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОМ ОБУЧЕНИИ <i>Зиямова Н.О., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф.</i>	339
ВЛИЯНИЕ СОПОЛИМЕРА ДИМЕТИЛАМИНОЭТИЛМЕТАКРИЛАТА С АКРИЛАМИДОМ НА ЭЛЕКТРОКИНЕТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ НАТРИЙКАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ <i>Зокирова Н.Т., Хазраткулова С.М.</i>	340
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ <i>Зулунов Б., Норалиев И.</i>	341
СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Зулунов Б., Норалиев И.</i>	342
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Зокиров Б.К., Азизова Н.Д.</i>	343
АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ <i>Зокиров Б.К. Азизова Н.Д.</i>	344
НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ <i>Ибрагимов М., Ибрагимова С.Р.</i>	345
КУПИРОВАНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II –ТИПА <i>Ибрагимов М., Ибрагимова С.Р.</i>	345
ВИРУСНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ <i>Ибрагимов Ф.А., Садикова Д.И.</i>	346
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ АКТИВНОСТЬ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ, ПОЛУЧЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ГИДРОЛАЗ <i>Ибрагимов Ф.А., Курбанова Д.И.</i>	347
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Ибрагимов Ф.А., Курбанова Д.И.</i>	348
ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ <i>Ибрагимов Ф.А. Садикова Д.И.</i>	349
КЛИНИКО- АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЮОЛЬНЫХ С РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ <i>Ибрагимова Махлиё, Турабжонов Дилафруз, Азимова Гулбахор, Д.З.Мамарасулова</i>	349
ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО РЕФЛЮКСА У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Иброхимов Оятилло, Худайбердиев Ж.М.</i>	350
СПОСОБ ИССЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ С ДУОДЕНОПЛАСТИКОЙ <i>Изатуллаев И.Р., Батиров А.К.</i>	350
К ВОПРОСУ О СЕМАНТИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ <i>Икрамова Х.М.</i>	351
ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ ТЕРМИНАМ И ТЕРМИНОСИСТЕМАМ <i>Икрамова Х.М.</i>	352
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЛОГИИ <i>Иминжанова Г.Р., Мамарасулова С.Р.</i>	352
КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕНТАЛЬНОГО ПЕРИИМПЛАНТИТА <i>Иминжанова Г.Р., Мамарасулова С.Р.</i>	353
ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЛОГИИ <i>Иминжанова Г.Р., Мамарасулова С.Р.</i>	354
“ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА АНЕМИИ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ” <i>Иминов Б.М., Ш.Н. Кадиров</i>	354
ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ ШКОЛЬНИКОВ <i>Инакова З.Т., Нурутдинова Г.Т.</i>	355

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЬШОЙ МАССОЙ ТЕЛА <i>Инакова З.Т., Рабиева Б.Т., Инакова Б.Б., Арзибекова У.А.</i>	356
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ИХ ТЕЧЕНИЯ <i>Инакова З.Т., Фозилжонов Ш.К., Садикова М.П.</i>	357
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Инакова З.Т. - Инакова З.Т., Хакимов Ш.К., Рабиева Б.Т.</i>	357
ПРОФИЛАКТИКА СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ <i>Инакова З.Т., Махмудова Б.Ш.</i>	358
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Ирмухамедов Т.Б.</i>	359
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ <i>Исаков.К.К., Бутабоев.М.Т., Утанов.З.М.</i>	359
ЗНАЧЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ <i>Исламов Т.Ш., Ахмеджанова Н.И.</i>	361
БОЛЕЗНЬ КРОНА В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ <i>Исломов О., Суюнов Д.М.</i>	361
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ <i>Исломова С., Исламова З.К.</i>	362
МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Исмаилов Д., Ибрагимов М.Б.</i>	363
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ <i>Исмоилов Ж.С., Кутликова Г.М.</i>	365
КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Исмоилова М.С., Кутликова Г.М.</i>	365
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ <i>Исмоилова Н., Тураева Г.Ю.</i>	366
ЛЕЧЕНИЕ ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ <i>Исроилова Г., Шокирова С.М.</i>	367
ПРИЧИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ <i>Исроилова Гулсанам, Ибрагимова С.Р.</i>	368
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНКЕТИРОВАНИЯ О ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ <i>Йулдошев Абдукодир Азизбек Собиржон угли, Охунжоновна Хайтхон Хосилжоновна</i>	368
СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ <i>Йулдошев Ж.Т., Икрамов А.Ф., Косимов А.К.</i>	369
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ <i>Казакова Н.Н.</i>	369
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Камбаралиева С., Худойбердиева М.Д.</i>	370
АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ <i>Комилова М., Юлдашева О.С.</i>	371
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Карабаева Ф.У., Касимов У.К.</i>	371
ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ <i>Каримжонов Х.А., Маматалиев А.Р., Исроилов Р.</i>	372
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА <i>Каримжонов Х.А., Маматалиев А.Р., Исроилов Р.</i>	373

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЯМИ <i>Каримкулова Г.А., Юлдашева Н.Э.</i>	374
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧКО У ДЕТЕЙ <i>Каримов Д.К.</i>	375
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ <i>Каримов Д.К.</i>	377
МРТ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА <i>Каримов М.У., Рашидова Ш.У.</i>	377
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА <i>Каримов М.У., Рашидова Ш.У.</i>	378
БИОЛОГИЧЕСКОЕ СОЗРЕВАНИЕ ШКОЛЬНИЦ – ПОДРОСТКОВ ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ <i>Каримова К.Д., Акбарова Г.Х.</i>	379
О САХАРНОМ ДИАБЕТЕ <i>Каримова К.Д., Акбарова Г.Х.</i>	380
ЧЕСНОК НА СЛУЖБЕ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА <i>Каримова К.Д., Акбарова Г.Х.</i>	380
ПЕЧЕНЬ - С ЧЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЕГО НАРУШЕНИЯ? <i>Каримова К.Д., Акбарова Г.Х.</i>	381
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТОКСИКОДЕРМИЯ (ИЗ ПРАКТИКИ СВ) <i>Каримова К.Д., Акбарова Г.Х.</i>	381
ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИЕЙ САЛЬБУТАМОЛ <i>Каримова К.Д., Акбарова Г.Х.</i>	382
РАК ШЕЙКИ МАТКИ <i>Каримова К.Д., Акбарова Г.Х.</i>	382
ОСНОВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДА <i>Каримова К.Д., Акбарова Г.Х.</i>	383
О ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Каримова К.Д., Акбарова Г.Х.</i>	384
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ КОЖНО-РЕЗОРБТИВНОГО И МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА <i>Касимов Н.А.</i>	384
ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА <i>Касимов Н.А.</i>	385
ОЦЕНКА ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА <i>Касимов Н.А.</i>	386
ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ <i>Каспарова Г.А., Махматмурадова Н.Н.</i>	386
РОЛЬ СКРЕНИНГОВЫХ ЦЕНТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВРОЖДЁННЫХ АНОМАЛИЙ <i>Кенжаева.Х.Ш.</i>	387
ЗНАЧЕНИЕ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Кодиров Ж., Солиева М.О.</i>	388
НОВЫЙ ИММУНОМОДУЛЯТОР ИМУНОРИКС: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИМУНОРИКСА ПРИ ОРИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ <i>Кодиров З. Туйчиев Г.У.</i>	389
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ <i>Кодиров Ш., Кадиров Х.С.</i>	390
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТЯЖЕЛОЙ	390

БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ <i>Кодиров Ш., Кадиров Х.С.</i>	
АТОПИЧЕСКАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ <i>Кодиров Ш., Кадиров Х.С.</i>	391
НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ <i>Кодирова З., Умурзакова Н.С.</i>	392
ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, НАСА И КУРЕНИЯ У ВИЧИ ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>Кодирова Ф., Салахиддинов З.С. Махсумова Д.К.</i>	393
ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ <i>Кодирова Н., Садикова М.П.</i>	394
ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ <i>Козимжонов А.А., Усманова У.И.</i>	395
ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПОСРЕДСТВОМ СВОЕВРЕМЕННОЙ ОЦЕНКИ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ, ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОШИЗИСА У ДЕТЕЙ <i>Коллас Е.В. Юсупов А.С.</i>	396
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И У БОЛЬНЫХ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>Комилжонов А.Э., Р.Н.Абдуллаев.</i>	397
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭРБИСОЛ УЛЬТРАФАРМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ С <i>Комилов Ж., Умарова М.М.</i>	397
ПРИОБРЕТЕНИЕ СТУДЕНТАМИ НАВЫКОВ РАБОТЫ С АВТОМАТИЗИРОВАННЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ СИСТЕМАМИ <i>Д.Т.Комилова, Ш.А.Гуламов</i>	398
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СПРЕЯ СИНУЛАР У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРОЭТМОИДИТОМ <i>Комолидинов Б.М., Пардаев Д.Э.</i>	399
ПРОТИВОРЕЦИДИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭТМОИДИТА У ДЕТЕЙ <i>Комолидинов Б.М., Пардаев Д.Э.</i>	400
АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ СПОРТСМЕНОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ <i>Косимов И.У.</i>	401
ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ <i>Каримов И.К., Маматхужаев З.С., Косимов С.С. Вахабов Б.М.</i>	402
МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ <i>Косимов С.С., Алижанов М., Вахабов Б.М.</i>	402
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА <i>Қосимов.И.У., Бутабоев.М.Т.</i>	403
ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ <i>Косимова Д.Н, Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К.</i>	404
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ <i>Кудратова Д.Я., Веприцкая Е.В.</i>	405
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ КРИЗИС У БЕРЕМЕННЫХ: СТРАТЕГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЗАЩИТЫ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ <i>Кузиева Г.А., Асранкулова Д.Б.</i>	406
ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕСЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ <i>Кулматова Г.О., Бекматова Ш.К.</i>	407
ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Курбонов С.Х., Нарбаев З.К.</i>	407

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Курбонов С.Х., Нарбаев З.К.</i>	408
АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСНОВНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ <i>Кутбиддинов Фазлиддин Акромжон угли, Рахмонова Феруза Муталибовна</i>	409
ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С TORCH ИНФЕКЦИЕЙ <i>Кучкаров И., Хафизова З.Б.</i>	410
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА И УРОВЕНЬ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ У РАБОТНИКОВ ШЕЛКОМОТАЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА <i>Н.И. Курбонова, Н.Н. Хабибова</i>	411
ПОКАЗАТЕЛИ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АСКАРИДОЗА У ДЕТЕЙ <i>Латибжонов А.Ж., Хафизова З.Б.</i>	411
СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Латибжонов М.А., Собирова Н.Р.</i>	412
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Латибжонов М.А., Собирова Н.Р.</i>	413
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ <i>Латинов Р.Ж., Абдуллаева Д.А</i>	414
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ДЕКСМЕДЕТОМИДИНА, ГАЛОПЕРИДОЛА И ЗОЛОМАКСА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ <i>Лутфиллаев О. К., Шарипова В. Х.</i>	414
ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ СИНДРОМОМ <i>Мадаминаова Д., Рабиева Б.Т.</i>	415
ПОКАЗАТЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ И НУТРИЕНТОВ ГРУДНОГО МОЛОКА У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ <i>Мадаминаова Д.И., Солиева М.О.</i>	415
ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ <i>Мадрахимова Мадинабону</i>	416
СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ АНАЛЬГЕЗИИ <i>Мадумарова Азиза Акбаровна</i>	417
ПРИЧИНЫ ДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ СПИД В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА <i>З.Ш.Мадумарова, Ш.А.Боротова</i>	418
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР ГОРОДА АНДИЖАН <i>Максудов Б.Д., Махсудова Х.Ф.</i>	419
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Максудов Б.Д., Махсудова Х.Ф.</i>	419
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА <i>Максудов Б.Д., Махсудова Х.Ф.</i>	420
АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ <i>Мамадалиев А.Б. Кодиров Д.Р., Кариев Г.М.</i>	421
НЕТРАВМАТИЧЕСКИЕ ВНУТРИМОЗГОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ С ПРОРЫВОМ КРОВИ В ЖЕЛУДОЧКОВУЮ СИСТЕМУ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ <i>Мамадалиев А.Б., Хурсанов А.А., Кариев Г.М.</i>	421
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СУХОГО ЭКСТРАКТА ЛЕСБОХОЛА НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВ ЖЕЛУДКА, ВЫЗВАННЫЙ ИММОБИЛИЗАЦИОННЫМ СТРЕССОМ <i>Мамадалиев Ш.И., Загнутдинов Ф.Ф. и Болтабаева Д.Ф.</i>	422

СПОСОБЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ <i>Мамадалиева М.М., Асранкулова Д.Б.</i>	423
ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ОБНАРУЖЕНИЮ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ «КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК» ПРЕДЕКЛАМПСИИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ <i>Мамадиева М.С., Асранкулова Д.Б.</i>	424
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ СО СМЕШАННЫМИ СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ <i>Мамажонов Д.Н., Абдулхакова Р.М.</i>	425
ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА <i>Мамажонов Д.Н., Абдулхакова Р.М.</i>	426
ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ДЕФИЦИТУ ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Мамажонов Д.Н., Делькашева Ш.Д.</i>	426
КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ UZ-AVTO MOTORSB АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Мамажонова З.К., Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И.</i>	427
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ UZ-AVTO MOTORSB АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Мамажонова З.К., Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И.</i>	428
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПЕРЕД ПЛАСТИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ НА ВЛАГАЛИЩЕ <i>Мамажонова С.О.</i>	428
ТЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ <i>Мамажонова С.О.</i>	429
АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ <i>Мамажанова С.О.</i>	430
ПРОЦЕНТНЫЕ СООТНОШЕНИЯ РАЗМЕРОВ СЕГМЕНТОВ ТЕЛА С ДЛИНОЙ ТЕЛА <i>Мамасидикова Ф.Б., Умарова М.А.</i>	431
ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ НА РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ <i>Мамасидикова Ф.Б., Умарова М.А.</i>	432
КЛИНИКА - АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ <i>Маматалиев А.Б., Тухтаева О.Т.</i>	432
ИЗУЧЕНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АРИТМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ <i>Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Озодбеков Ю.Ш.</i>	433
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ <i>Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Камбаров З.Г.</i>	434
АНТИСТРЕССОРНАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТАБОЛИТОВ И ХИМИЧЕСКИХ АНАЛОГОВ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ <i>Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Камбаров З.Г.</i>	435
ВОЗМОЖНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНО КОНТРОЛИРУЕМОЙ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Озодбеков Ю.Ш.</i>	436
ОКСИДАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ <i>Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Озодбеков Ю.Ш.</i>	438
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ <i>Маматхужаев З.С., Ойбеков Г.С., Якубов А.А., Вахабов Б.М.</i>	439
РОЛЬ СТАТИНОВ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК <i>Маматхужаев З.С., Ойбекова Г.С., Хужамбердиев М.А.</i>	440
УВЕИТ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА <i>Маматхужаев М.С., Маматхужаева Г.Н.</i>	440
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПАТОГЕНЕЗ УВЕИТОВ У ДЕТЕЙ <i>Маматхужаев М.С., Маматхужаева Г.Н.</i>	441

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ УВЕИТОВ У ДЕТЕЙ <i>Маматхужаев М.С., Маматхужаева Г.Н.</i>	442
ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЗАЦИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ <i>Маматхужаева Г.А., Ганиева М.Ш.</i>	443
ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ <i>Маматхужаева Г.А., Ганиева М.Ш.</i>	444
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ <i>Маматхужаева Г.А., Ганиева М.Ш.</i>	445
ОБУЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ УЧАЩИХСЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ <i>И.А.Матвеева</i>	446
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ II И III СТАДИИ <i>Мансурова Ш.Н., Султонкулова М.К., Мамарасулова Д.З.</i>	447
НЕОАДЪЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ II И III СТАДИИ <i>Мансурова Ш.Н., Султонкулова М.К., Мамарасулова Д.З.</i>	448
РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ <i>Махматмурадова Н.Н., Аралов Н.Р.</i>	449
ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА <i>Махмудов А.А., Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д.З.</i>	449
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА <i>Махмудов А.А., Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д.З.</i>	450
ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>Г. М. Абдукадырова, Г.Д.Махмудова</i>	451
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА <i>Махмудова Д.Х., Инакова Б.Б., Солиева М.О.</i>	452
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА <i>Махмудова Д.Х., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т.</i>	452
ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА – ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ <i>Махмудова М., М.Х. Салиева, М.М.Мирзаева</i>	453
ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА <i>Махсудова Б., Махсудова Х.Ф.</i>	454
СРАВНЕНИЕ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Махсудова Б., Махсудова Х.Ф.</i>	455
ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ ФАКТОРОВ <i>Махсудова Б., Махсудова Х.Ф.</i>	456
РОЛЬ ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У БЕРЕМЕННЫХ <i>Мирзаабдуллахожиева О.У., Зуфарова Ш.А.</i>	456
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Мирзаабдуллахожиева О.У., Зуфарова Ш.А.</i>	457
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ САМОМОТИВАЦИИ У СТУДЕНТОВ <i>Мирзаев М.У., Шойимов Ш.С.</i>	458
СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДЫ СОВМЕСТНОГО КОРРЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ <i>Мирзамахмудов Ш.И., Икрамов А.Ф.</i>	459
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ МАЛЬЧИКОВ 13-16 ЛЕТ <i>Мирзакаримов Б.Н., Кахаров З.А.</i>	460
ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Мирзалиева А.А., Карабекова Б.А.</i>	461
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	461

<i>Мирзалиева А.А., Карабекова Б.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СИМПАТИКО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	462
<i>Мирюсупова М.Б., Примкулова Г.Н.</i>	
СЕРДЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	463
<i>Мирюсупова М.Б. Иргашева Д.Г.</i>	
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У 6-11 КЛАССОВ	464
<i>Муминов К.К., Асранова Д.У.</i>	
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ И УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	465
<i>Муминов К.К., Асранова Д.У.</i>	
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	466
<i>Муминов К.К., Асранова Д.У.</i>	
ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ АНТИАГРЕГАНТОВ	467
<i>Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.</i>	
ВЛИЯНИЕ АНЕСТЕЗИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТРЕСС-ОТВЕТА ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	468
<i>Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.</i>	
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ПЕРВИЧНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ	469
<i>Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.</i>	
МОНИТОРИНГ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ	470
<i>Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	471
<i>Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.</i>	
КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ С СОХРАНЕНИЕМ СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	472
<i>Муртазаев С.Б., Юсупов А.С.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ	473
<i>Мухаммаджонов М.М., Урманбоева Д.А.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	473
<i>Мухаммаджонова М.М., Урманбоева Д.А.</i>	
НОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	474
<i>Мухтаров З.М., Султанова Ф.Х.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С СЕПСИСОМ И БРОНХОПНЕВМОНИЯМИ	474
<i>Мухтаров З.М., Султанова Ф.Х.,</i>	
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	475
<i>Набиев Р.Р., Хакимов Н.С., Мадрагимова Б.А.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ	476
<i>Наврузова Л.Х., Болтаева М.М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ	477
<i>Назирхужаев Д.К., Абдурахмадов А.А., Нишанов М.Ф.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ	478
<i>Насретдинова М., Юлдашева О.С.</i>	
ТАКТИКА ПЕДИАТРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТОВ У ДЕТЕЙ	479
<i>Нишанов С., Акбарова Р.М.</i>	
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЕЙ	480
<i>Нишанов С., Акбарова Р.М.</i>	

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Нормұминова Н.А., Маматалиев А.Б., Тухтаева О.Т., Назаров А.А.</i>	481
ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОЕННОЙ РЕЧИ <i>Нуманов Шерзодбек Комилжанович</i>	482
КЛИНИКО – ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УЗЛОВОЙ МИОМЫ МАТКИ, ТРЕБУЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ <i>Нуралиева М.А., Рашидова Ш.У.</i>	482
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК <i>Нурматов С.Ю., Расулова М.М., Рашидова Ш.М.</i>	483
НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Ниёзалиев А.Г., Усманова У.И.</i>	484
ХРОНИЧЕСКИЙ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ <i>Нурматова М., Махсудова Х.Ф.</i>	485
ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Нурматова М., Махсудова Х.Ф.</i>	486
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ <i>Нурматова М., Махсудова Х.Ф.</i>	486
КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ТИПОЛОГИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ <i>Нурматов Н., Аграновский М.Л., Козимжонов И.Ф., Салиев М.М., Муминов Р.К.</i>	487
КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РЕМИССИИ ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ <i>Нурматов Н., Аграновский М.Л., Козимжонов И.Ф., Салиев М.М., Муминов Р.К.</i>	489
КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ И АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ <i>Нурматов Н., Аграновский М.Л., Козимжонов И.Ф., Салиев М.М., Муминов Р.К.</i>	490
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОСТАГЛАНДИНОВ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ И ИНДУЦИРОВАНИЯ РОДОВ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ <i>Обидов М., Туйчиев Г.У.</i>	492
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА МАГНЕ В6 ПРИ ДИСМЕНОРЕЕ <i>Одилбекова М., Мамажанова С.О.</i>	493
ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА <i>Одилбекова М.М., Мамажонов С.О.</i>	493
АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ <i>Мамажанова С.О.</i>	494
ВНЕДРЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>Одилова Д.З., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Каримов А.Х.</i>	495
КОМПЛЕКСНОЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫХ СИНДРОМОВ <i>Одилова Д.З., Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Салиев М.М., Муминов Р.К.</i>	496
ИЗМЕНЕНИЕ НЕЙРОГУМУРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>Ойбекова Г.С., Вахабов Б.М.</i>	498
АНАЛИЗ БЕЛКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Олимжонов Б., Касимова Н.Дж.</i>	498
РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ <i>Олимжонов Б., Примкулова Г.Н.</i>	499
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Олимжонов М., Бустонов Ш.Я.</i>	500
АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Олимжонов М., Бустонов Ш.Я.</i>	501
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	501

<i>Ортиков Х., Умурзакова Н.С.</i>	
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ <i>Ортикова Муниса Юсуфалиевна, Тиллашайхова Мунаввар Халмухамедовна</i>	502
ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕН ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <i>Орибжонов О.Э., Тургунов Ш.Ш., Аблязов А.А., Рашидова Ш.У.</i>	503
ВЛИЯНИЕ ИНДУЦИРОВАННОГО ГИПОТЕРИОЗА НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХИМИЧЕСКИ ИНДУЦИРОВАННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>Отажонова Дилфуза Отабек кизи, Рахманова Санобар Сабировна</i>	504
РАННЯЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ <i>Охунжонов Э.Р., Каримов И.К., Ойбекова Г.С., Якубов А.А., Вахабов Б.М.</i>	504
СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛЬГЕТИК ЛОРНОКСИКАМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА <i>Парпиева Г., Ахматохунова М.К.</i>	505
ТОРМОЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ДИАСТАЗЫ <i>Пулатов М.Д., Байбекова Г.Д.</i>	506
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТЕАЗ В РЕГУЛЯЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ СЕКРЕЦИИ <i>Пулатов М.Д., Байбекова Г.Д.</i>	506
АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН <i>Парпиева Ш., Ахмаджонова Г.М.</i>	507
ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ <i>Равзатов Ж.Б., Жураева М.А., Аиуралиева Н.Д., Бадалов С.Ж.</i>	507
ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ ПРИ ЭНТЕРОКОЛИТАХ У ДЕТЕЙ <i>Раимов К.Э., Юсупов А. С.</i>	508
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Рафиков О., Норалиев И.</i>	509
РАЗРАБОТКА МОДЕЛЕЙ ВЛИЯНИЯ TORCH-ИНФЕКЦИЙ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ И ДЕТЕЙ <i>Рахимова К., Шокирова С.М.</i>	510
АНТОНИМИЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ТЕРМИНАХ, ОБОЗНАЧАЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЕ ОТ НОРМЫ <i>Рахматуллаева З.З.</i>	511
НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНОЙ БОЛЮ <i>Рахмонова Н., Тургунов М.А.</i>	511
АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ <i>Рахмонова Д. Негматшаева Х.Н.</i>	512
ФАКТОРЫ РИСКА, БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИИ ЗВУР У ГЛУБОКО-НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ <i>Рузибоева М., Кадиров Х.С.</i>	513
ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ <i>Рузибоева М., Кадиров Х.С.</i>	513
СИНДРОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ <i>Рузибоева М., Кадиров Х.С.</i>	514
РОЛЬ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ В ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД <i>Рузиматова Нодира М., Юсупова У.М.</i>	514
ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА И ЭСТЕТИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА <i>Рустамжонов М.И., Бадалова М.О.</i>	515
О ПРАВИЛЬНОМ ПИТАНИИ <i>Рустамжонов М.И., Бадалова М.О., Хаитбаева Г.И.</i>	515
АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЛОДА <i>Сабирова М., Юлдашева О.С.</i>	516
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ <i>Сайдалиев Ш.Ш., Рахимжонов И.У., Мамаджанов К.Х.</i>	517
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	517

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

<i>Сайфуддинов Д.С., Рахманова У.Х.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	518
<i>Сайфуддинов Д.С., Рахманова У.Х.</i> ФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	519
<i>Салиева Ш.Б., Ахматохунова М.К.</i> НОВЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ЛЕЙКОПЛАКИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЙ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ	520
<i>Сахаталиева Р.Р.</i> ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ	521
<i>Сабиржонов Н.А., Абдусаттаров А.А.</i> КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ	522
<i>Сабиржонов Н.А., Абдусаттаров А.А.</i> КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ	523
<i>Собиров И.А., Юлдашев М.А. Юсупов А.С.</i> ВЛИЯНИЕ АНЕСТЕЗИИ ПРОПОФОЛОМ НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ	524
<i>Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.</i> ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ В УСЛОВИЯХ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ	524
<i>Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.</i> ПРОБЛЕМА ТРОМБОЗОВ В ОНКОЛОГИИ	525
<i>Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.</i> ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ	526
<i>Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.</i> НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	528
<i>Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	529
<i>Сабирова А.Р., Жамалова Ф.А., Юсупова М.И. Шакулов Х.Ш.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ	530
<i>Сабирова М.Р., Курбанов Б.Б.</i> ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ МАТКИ	531
<i>Сабирова М.Р., Курбанов Б.Б.</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ	532
<i>С.С.Содиқов, М.Т.Бутабоев</i> ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ФОРМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	532
<i>С.С.Содиқов, М.Т.Бутабоев</i> ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ИНФЕКЦИОННО – АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОЗИРОВАННОЙ ТРЕНИРОВКИ НА ГОРЯЧЕМ ГРУНТЕ	533
<i>Содиқжанов Х.С., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Азимова Г.А.</i> ОСОБЕННОСТИ СУДОРОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ	534
<i>Содиқжанов Х.С., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф.</i> АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА, ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ	535
<i>Содиқжанов Х.С., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф.</i> ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНЫЙ СИНДРОМ В СОЧЕТАНИИ С ГЛАУКОМОЙ И КАТАРАКТОЙ	536

<i>Содилов А., Мирзаева Р.З.</i>	
ОБ УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ)	537
<i>Содилов С.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.</i>	
ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ЭТАПОВ ТЕЧЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ	538
<i>Содилов С.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Сарбаева Н.К., Салиев М.М.</i>	
ГРУНТОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА	539
<i>Салиев И.М., Бутабоева М.М., Минаваров Р.А., Қосимов И.У.</i>	
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	539
<i>Салижанов З.Б., Абдурахмадов А.А., Усмонов У.Д.</i>	
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ: СТОИМОСТЬ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО И ОПЕРАЦИОННОГО ПОСОБИЯ	540
<i>Салижанов З.Б., Абдурахмадов А.А., Усмонов У.Д.</i>	
МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ	542
<i>Сохилова Г.А., М.Х.Салиева, М.М.Мирзаева</i>	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ЛОЖНОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ	543
<i>Суюнов Кувондик Онарбай угли, Маматкулов И.Б.</i>	
РАК ШЕЙКИ МАТКИ – АКТУАЛЬНОСТЬ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ	544
<i>Тишабаева Н.А., Шавкатжоновна Х., Абдулхакимов А.</i>	
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБОВ И СИМПТОМА ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБА	544
<i>Тошпулатова С., Тожибоева Ё.Р.</i>	
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОСНОВНЫМ АСПЕКТАМ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	545
<i>Тошпулатова С., Тожибоева Ё.Р.</i>	
ОЗДОРОВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХНЗЛ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ-ПРОФИЛАКТОРИЯ	547
<i>У.М.Тожибоев- Салиев И.М.</i>	
ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА: КЛИНИКО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	547
<i>Тожибоев Т.Т., Хамраев О.А.</i>	
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПРОТЕИНУРИЯ - ВАЖНЕЙШИЕ ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	548
<i>Тожибоев Т.Т., Хамраев О.А.</i>	
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ДИНАМИКУ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ХНЗЛ	549
<i>Х.А.Тожибоев З.М.Утанов</i>	
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	550
<i>Тожибоева Д.Б., Носирова Ф.Ж.</i>	
СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	550
<i>Тожибоева Д.Б., Носирова Ф.Ж.</i>	
РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА	551
<i>Тошпулатова С., Расулова М.М.</i>	
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ БИОПСИЙ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ	552
<i>Турабжоновна Дилафруз, Ибрагимова Махлиё, Азимова Гулбахор, Мамарасулова Д.З.</i>	
КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	553
<i>Тураев М., Чартакова Х.Х.</i>	
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У МУЖЧИН	554
<i>Тураев М., Чартакова Х.Х.</i>	
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	554

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

<i>Туракулова Х.Э., Арзибеков А.Г.</i>	
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА	555
<i>Туракулова Х.Э., Арзибеков А.Г.</i>	
АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК С РИСКОМ НА ЮВЕНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ	556
<i>Турсунхужаева М., Ахмаджанова Г.М.</i>	
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КРОВОИЗЛИЯНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ДАВНОСТИ	557
<i>Турунов Б.С., Куракбаев Д.У.</i>	
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА	557
<i>Тургунов Ш.Ш., Орибжонов О.Э. Аблязов А.А., Рашидова Ш.У.</i>	
КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ ОБЪЕМНЫХ КРОВОПОДТЕКОВ	558
<i>Турунов Б.С., Рахматов М.М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ПРИЕМЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ	559
<i>Тургунова Ш., У.М. Юсупова.</i>	
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И СЦИНТИГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	560
<i>Тян А.А., Рашидова Ш.У.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	560
<i>Уктамов Б., Ашуралиева Н.Д.</i>	
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	561
<i>Уктамов Б., Ашуралиева Н.Д.</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА	562
<i>Улмасов М.В., Абдупаттоев Д.У., Косимов А.Л., Косимов Н.А.</i>	
КРИТЕРИИ К ОРГАНИЗАЦИИ ОТБОРА КАНДИДАТОВ НА КОХЛЕАРНУЮ ИМПЛАНТАЦИЮ	563
<i>Умарова М.А., Абдуллаев Х.А.</i>	
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	564
<i>Умарова М.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ	564
<i>Умарова М.А.</i>	
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ	565
<i>Умарова М.А.</i>	
ШКОЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	565
<i>Умарова М.А.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА И ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА	566
<i>Умархужаева Мохигул Иззатуллохон кизи, Охунжоновна Хаётхон Хосилжоновна</i>	
ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	566
<i>Умархужаева М.И., Шербоева М.Х.</i>	
ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	567
<i>Умархужаева М.И., Шербоева М.Х.</i>	
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТОРОКОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ	568
<i>Умбетова Н.Р., Юсупов А.С.</i>	
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЛИМФОТИЧЕСКОГО ДРЕНАЖА В СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ ХИРУРГИИ XXI ВЕКА- FAST TRASK SURGERY (ХИРУРГИЯ БЫСТРОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ)	568
<i>Ж.Ж. Умурзаков, Э.С. Джумабаев.</i>	
ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ СЕВОФЛУРАНОМ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ У ДЕТЕЙ	569
<i>Урумбаев Р.М., Юсупов А.С.</i>	
ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ И ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ	570
<i>Уринбоев Б.Д., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Каримов А.Х.</i>	

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Урмонжонов Н., Арзибекова У.А.</i>	571
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ТИРОЗИНКИНАЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ <i>Урмонжонов Н.И., Хамидова М.И.</i>	571
АНТИСТРЕССОВАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ПРИ РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ <i>Усманов Жахонгир Рустам угли, Юсупов А.С.</i>	572
ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ИЗОФЛУОРАНОМ ПРИ ОСТРЫХ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ <i>Усмонова Э.У., Маматкулов И.А.</i>	573
ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ <i>Усманов Ф.Т., Садикова Д.И., Курбанова Д.И.</i>	574
ПРЕИМУЩЕСТВА СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБО-ОТИТА <i>Усмонов С.Х., Усманова Н.А.</i>	574
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ И ДИСФУНКЦИЕЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ <i>Усмонов С.Х., Усманова Н.А.</i>	575
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ <i>Усманова Ф.Т., Курбанова Д.И., Юсупалиева Г.М.</i>	576
СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА – ОДНО ИЗ УСЛОВИЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ <i>Утанов.З.М., Бутабоев.М.Т., Исаков К.К.</i>	576
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Файзиев Н.Н., Латипова Ш.А.</i>	577
КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ (КПЛ) <i>Хабибова Н.Н., Собиров Ш.С., Самадова Ш.И.</i>	578
ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Хабибуллаев Ш., Ибрагимов М.Б.</i>	579
ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ ТЕСТИРОВАНИЯ <i>Хайдаров Абдулхамид, Пулатова У.С.</i>	580
АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ <i>Хайдарова Г., Мамажанова С.О.</i>	581
ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ И ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ <i>Хайдарова Г., Мамажанова С.О.</i>	582
ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕСА АЦИКЛОВИРОМ <i>Хайдарова Г., Негматшаева Х.Н.</i>	582
ДИСЛОКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>Хакимов М.Н., Кариев Г.М.</i>	583
ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТА И ОСТЕОПАТИИ <i>Хакимова А., Жураева Н.И.</i>	583
КОМПЛЕКСНАЯ КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ <i>Хакимова Н.Ш., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М., Азимова Г.А.</i>	585
ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДАУНА У ДЕТЕЙ <i>Хакимова Н.Ш., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М., Азимова Г.А.</i>	586
ДЛИТЕЛЬНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОТИТОМ <i>Халилов Х.У., Пардаев Д.Э.</i>	586
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ОТИТОВ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКОЙ <i>Халилов Х.У., Пардаев Д.Э.</i>	587
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ	588

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

<i>Хамидов А., Кузиев Д.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ	589
<i>Хамидов А., Кузиев Д.В.</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНУРЕЗА У ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	590
<i>Хамидов Ж.И., Абдукодилов У.Т., Кобиллов Ш.М.</i> АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ О ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА	591
<i>Хамраева Д.Ш</i> ОСОБЕННОСТИ ЦЕЛИАКИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	591
<i>Хасанов Х., Ибрагимов М.Б.</i> ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ВЕЗИКУЛЁПУСТУЛЁЗОМ	592
<i>Хасанова Нафиса Улугбек қизи, Алиев Л., Ботиров К.З.</i> ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	592
<i>Ходжаева Ф.Т., Зуфарова Ш.А., Ходжиева Д.Т.</i> ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	593
<i>Ходжаева Ф.Т., Зуфарова Ш.А., Ходжиева Д.Т.</i> ВЫБОР СПОСОБА ЭНОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	594
<i>Хожиметов Д.Ш., Бахридинов К.Б., Мамасолиев С.Б.</i> ЗНАЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НОГ	595
<i>Холмухамедов. Ж.Р., Мусашиайхов.Х.Т.</i> КОМПЛЕКСНЫЙ СПОСОБ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КЛАССИФИКАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	596
<i>Холмухамедов. Ж.Р., Василевский Э.А.</i> ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	597
<i>Холмухамедов. Ж.Р., Мусашиайхов.Х.Т.</i> РОЛЬ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НОГ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ	597
<i>Холмухамедов. Ж.Р. Мусашиайхов.Х.Т.</i> УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРЕТЕРОЛИТИАЗА	598
<i>Хомидова Г.Ж., Собиров А.А.</i> СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФРОНТИТА	599
<i>Хошимов И.Х., Нарбаев К.П.</i> ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО ФРОНТИТА МЕТОДОМ ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ	599
<i>Хошимов И.Х., Нарбаев К.П.</i> ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОПИОИДНЫМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГ	600
<i>Худойбердиев Жамолиддин Шавкат ўгли, Маматкулов И.Б.</i> ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА ГИГИЕНЫ ЗУБОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФТОР-ЛАКА	601
<i>Шаймуратова Г.У., Мухамедова М.С.</i> ВЛИЯНИЕ МИКОПЛАЗМЕННУЮ ИНФЕКЦИЮ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	602
<i>Шакарова Мафтуна Шухрат қизи</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ	603
<i>Шамсутдинов В.А., Юлдашева Н.Э.</i> ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ	604
<i>Шаринов Ш.Ш., Исламов Ш.Э.</i> ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ	605
<i>Шахобиддинов Н.В., Юлдашева Н.Э.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	606

<i>Шермухамедов А.Б., Мамаджонов К.Х./</i>	
ДЕГЕНЕРАТИВНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (ДИАГНОСТИКА И СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ)	606
<i>Шермухамедов А.Б., Мамаджонов К.Х.</i>	
ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И СПОСОБЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ	607
<i>Х.Х. Ширинова, Н.Н. Хабибова</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛОПИДОГРЕЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	608
<i>Шокиров А., Тургунов М.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	609
<i>Шокирова Д.Б., Юлдашева Г.Т.</i>	
ВЛИЯНИЕ ЛЕСБОХОЛА НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВ ЖЕЛУДКА, ВЫЗВАННЫХ БУТАДИОНОМ	610
<i>Эгамбердиев Ж.Ж., Загруддинов Ф.Ф., Болтабаева Д.Ф.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГООФРИТЕ	611
<i>СЭгамбердиева Нозима, Абдуллаева Малика Азимовна</i>	
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ	611
<i>Эамов С., Батиров Ж.А., Носиров М.М., Изатуллаев И.Р., Батиров А.К., Расулов М.Т.</i>	
ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ	612
<i>Эамов С., Батиров Ж.А., Изатуллаев И.Р., Носиров М.М., Батиров А.К., Расулов М.Т.</i>	
МЕРЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПЬНОГО РИНОСИНИУЗИТА	613
<i>Эргашев А.А., Пардаев Э.А.</i>	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ	614
<i>Эргашева Д.А., Салахиддинов З.С., Махсумова Д.К.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ	615
<i>Эргашева Д.А., Салахиддинов З.С., Махсумова Д.К.</i>	
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ	615
<i>Эргашева Д.А., Салахиддинов З.С., Махсумова Д.К.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	616
<i>Эргашева М., Худойбердиева М.Д.</i>	
ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ	617
<i>Эшмаматова Ш.О., Маматкулов И.А.</i>	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЛЕКАРСТВЕННО- УСТОЙЧИВЫХ ОЧАГАХ	617
<i>Ш.Юсупов, Б.Т.Батирова</i>	
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ	618
<i>Юсупова Н.А., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н.</i>	
ВЛИЯНИЕ ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ НА УРОВНИ И ИСХОДЫ ФАКТОРОВ РИСКА У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ	618
<i>Юсупова Н.А., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ЛИЦ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ПРИ СЕМЕЙНОМ ХАРАКТЕРЕ ОЛИГОФРЕНИИ	619
<i>Юлдашева Н.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.</i>	
УРГЕНТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ	621
<i>Юлдашева Н.А., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К., Азимова Г.А.</i>	
ВОЗМОЖНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ	622
<i>Юлдашева Камола, С.М.Шакирова</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ	623

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ <i>Юсупалиева Г.М., Садикова Д.И.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕСА АЦИКЛОВИРОМ <i>Хайдарова Г., Негматшаева Х.Н.,</i>	623
ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПРИ COVID-19 <i>Нодирбек Якубов., Анвар Далимов, Д.З. Мамарасулова</i>	624
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРИ COVID-19 <i>Нодирбек Якубов., Анвар Далимов, Д.З. Мамарасулова</i>	625

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI



**ANDIJON DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI**

TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI – 2021

23-APREL 2021 YIL

